DIN COPERTĂ

AJUTĂ-TE SINGUR SĂ ÎMBĂTRÂNEȘTI FRUMOS

DE FĂCUT

Redactare: Bianca Vasilescu
Tehnoredactare: Liviu Stoica
Corectură: Adriana Călinescu
Design copertă: Andra Penescu

AJUTĂ-TE SINGUR SĂ ÎMBĂTRÂNEŞTI FRUMOS
RADU VRASTI

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
VRASTI, RADU
Ajută-te singur să îmbătrâneşti frumos / Radu Vrasti. - Bucureşti : Editura ALL, 2017
ISBN 978-606-587-419-0

159.9

Grupul Editorial **ALL**:
Bd. Constructorilor nr. 20A, et. 3,
sector 6, cod 060512 – Bucureşti
Tel.: 021 402 26 00
Fax: 021 402 26 10
www.all.ro

Editura **ALL** face parte din **Grupul Editorial ALL**.

/editura.all
allcafe.ro

DIN COPERTĂ

RADU VRASTI

AJUTĂ-TE SINGUR SĂ ÎMBĂTRÂNEȘTI FRUMOS

Cuprins

În amintirea părinților mei

Cuvânt înainte

Statisticile europene demonstrează că, în anul 2060, tot al treilea om din Europa va avea peste 65 de ani, iar unul din opt va avea peste 80 de ani și mai mult. Se mai spune că cei care s-au născut între 1946 și 1965 au probabilitatea să fie mai longevivi, iar cei care au deja 65 de ani au o speranță de viață cu 16-20 de ani mai mult ca până acum. În afară de aceasta, bătrânii de astăzi sunt mai sănătoși și mai activi ca niciodată în istorie, lucru care se traduce prin scăderea morbidității la vârste înaintate și a numărului de bătrâni care trăiesc în instituții specializate.

Oamenii din ziua de azi sunt avizi de informații prin care să-și facă viața mai bună și să trăiască mai mult. Poate că aici este și justificarea efortului meu de a scrie această carte, lucru care nu a fost tocmai ușor. Această carte a fost scrisă după consultarea unei foarte lungi liste de publicații de specialitate, care se găsește la sfârșitul cărții; nu este însă o carte de specialitate, ci face parte din seria „Ajută-te singur", în continuarea celor publicate deja de Editura ALL. Ea dorește ca, într-un limbaj simplu, să furnizeze motivația, informația, practicile și tehnicile prin care cititorul va putea să facă acele modificări prin care bătrânețea lui va fi una de „succes". Bătrânețea de succes este un concept internațional care definește o bătrânețe fără boli, fără riscuri, cu o funcționare fizică și cognitivă nealterate, și cu o calitate a vieții ridicată. Din motive lingvistice, bătrânețea de succes ar putea suna mai bine în românește ca „bătrânețe frumoasă", cuvinte care dau titlul acestei cărți.

Sper că cititorii vor găsi în această carte răspunsurile care le trebuie pentru a avea o bătrânețe fericită. Aceste răspunsuri reprezintă și schimbări în stilul de viață, în întreținerea corpului și a minții încă de la vârste tinere. Este îndemnul pe care îl dau tuturor celor care vor deschide această carte. Ea se adresează deopotrivă oamenilor în vârstă și celor tineri.

Cartea este structurată pe patru secțiuni, fiecare secțiune putând fi citită separat de celelalte, dar recomand să fie citite toate în secvență pentru că ele decurg unele din altele.

În încheiere, doresc să exprim gratitudinea mea pentru Editura ALL care găzduiește această serie de cărți „Ajută-te singur". Sunt sigur că cei care vor citi aceste cărți vor fi mai deciși și mai puternici să înfrunte adversitățile inerente vieții moderne. Lor le trimit întreaga mea considerație la fel ca și strădania mea.

Dr. Radu Vrasti

PARTEA I
Ce e bine să știm

Este vorba de cadrul conceptual, de jaloanele prin care cititorul va putea să privească problema bătrâneții în general, să construiască propria judecată asupra bătrâneții lui și a celor din jur, ca mai apoi să găsească motivația de a face acele schimbări necesare pentru o bătrânețe de succes.

Când ne întâlnim unii cu alții, avem o serie de curiozități printre care și cea legată de vârsta pe care o avem, ce vârstă au alții sau ce vârstă au copiii noștri. Întrebările și discuțiile despre vârstă ocupă mult timp și sunt legate de conversațiile despre cum arătam, precum: „*ce bine arăți...*“, „*nu ți-aș fi dat vârsta asta...*“, „*arăți mult mai tânăr...*“ etc., comentarii care sunt în fond tot despre vârstă. Alteori vorbim despre cât de repede trece timpul: „*nu știu cum a trecut vara asta...*“, „*parcă a fost ieri*“, „*nu-mi vine să cred ce repede am îmbătrânit*“ etc. Și mai este ceva, când vedem un lucru, ne gândim instantaneu la relația lui cu timpul, este acum și aici, este vechi, cât de vechi, cât de nou etc. Dar ce este vârsta? Ce este timpul? Cum sunt ele legate? De ce suntem așa de interesați de vârstă și de

timpul scurs? O explicație ar fi că fiecare dintre noi știe că existența noastră este finită și, atunci, instinctiv, vrem să ne plasăm undeva în timp, să percepem scurgerea timpului, să aflăm cât am trăit și cât mai avem de trăit și, astfel, să știm cât am făcut și cât mai avem de făcut.

În următoarele trei capitole va fi vorba despre timp, despre vârstă și despre cât de mult dorim să trăim, adică despre longevitate.

1. Timpul

Pentru homo sapiens, timpul a fost doar succesiunea zilelor și a anotimpurilor. El a constatat că lumina zilei sau întunericul nopţii au o durată variabilă, în funcţie de succesiunea anotimpurilor și toate acestea au o influenţă covârșitoare asupra procurării hranei, a îmbrăcăminţii și a adăpostirii. Treptat, el a devenit interesat de timp și de semnificaţia lui. Pentru oamenii moderni, timpul este succesiunea reperelor de pe cadranul ceasului, precum minutele sau orele, succesiunea zilelor și a lunilor de pe calendar sau succesiunea sărbătorilor și a ceremoniilor familiale, religioase sau naţionale. Pentru omul modern, timpul a căpătat un înţeles fizic, psihologic, social și spiritual.

S-a căutat mereu o definiţie a timpului și cea mai bună pare a fi: *„Timpul este ceea ce împiedică ca toate lucrurile să se întâmple deodată*“. Astfel, datorită timpului, evenimentele pot fi ordonate, ca fiind petrecute în trecut sau în prezent, sau pot fi anticipate ca putându-se petrece în viitor. Evenimentele trebuie să aibă o durată și un interval între ele ca să poată fi separate sau pot să se petreacă simultan, ceea ce face ca timpul să fie cel mai bine reprezentat ca o curgere liniară. Este modul în care timpul fizic, cel real, este reprezentat cel mai bine. Această curgere liniară este dată de „*direcţionalitatea*“ timpului, care este o proprietate inexorabilă și ireversibilă a universului, o proprietate datorată expansiunii neîncetate a universului, așa cum a demonstrat filozoful și fizicianul Hawking (1988). Timpul fizic, pe baza căruia apreciem durata și scurgerea lui, se măsoară cu o unitate convenţională, secunda,

care este egală cu timpul dat de tranziția energiei a doi electroni ai atomului de cesiu.

Nu totdeauna timpul a fost considerat astfel. Pentru vechii greci, babilonieni și budiști, timpul era ciclic, aducând evenimentele în mod periodic în fața oamenilor. Rudimente din această concepție persistă și astăzi în ideea că timpul se învârte sub forma unei roți, „*roata timpului*“, pentru că există ceva care face ca lucrurile să se repete la nesfârșit sub diferite forme în viața omului. Odată cu religiile monoteiste, care au postulat că tot ce se întâmplă este creația lui Dumnezeu, timpul a început să fie considerat ca linear; creația lumii s-ar fi făcut în 7 zile, nașterea, moartea și învierea Mântuitorului nostru sunt date pe calendar etc.

Există și ideea că timpul nu este ceva în sine, ci doar produsul felului cum percepem sau ne reprezentăm realitatea, timpul fiind doar o producție a minții noastre. Sensul timpului există odată cu noi, dacă nu am fi noi în viață, nu ar fi nici timp. Astfel, pentru Kant, timpul era doar felul intuitiv prin care înțelegem ceea ce trăim, nimic altceva decât o intuiție a spațialității evenimentelor și a trăirilor. Se spune că „*timpul a fost inventat de oameni și este păstrat de ceas*“.

Pentru Heidegger, timpul este în însăși ființa noastră, timpul este „*întrupat*“. Noi suntem în lume ca funcție de timp, nu suntem statici. Noi aducem în lume lucrurile și semnificația lor în funcție de fiziologia și cultura noastră, dar și în funcție de temporalitate, de finitudinea ființei noastre. Heidegger spune că timpul este esența ființei umane. Să fii om înseamnă să fii temporal, caz în care posibilitatea și schimbarea sunt inerente. Nu există relație între lucruri în afara timpului. Timpul, pentru oameni, este măsura între trecut, prezent și viitor și nu un moment oarecare. Nu poate exista prezent fără trecut și viitor. Astfel, noi nu ne putem imagina o persoană ființând numai în prezent. Cuvintele noastre sunt totdeauna configurate pentru trecut, prezent și viitor. Ne putem reprezenta prezentul doar când cuvintele sunt puse la prezent, ne putem reprezenta trecutul doar când cuvintele sunt puse la timpul trecut.

Se vede că timpului i se poate descrie o existență fizică, reală, independentă de existența noastră, și una „*subiectivă*", a felului cum timpul trăiește în ființa noastră ca senzație și judecată. Acest timp subiectiv este cel care ne preocupă în cel mai înalt grad, el este cel care ne grăbește sau ne îngrijorează. Dacă timpul fizic măsoară vârsta, timpul subiectiv este însă cel care ne dă sentimentul duratei vieții, al împlinirii și al neîmplinirii, al speranței, al destinului și al sorții.

Dacă ne reprezentăm cât durează o secundă, probabilitatea de a greși este destul de mică, dar, dacă vrem să facem același lucru pentru un minut greșeala poate fi un pic mai mare și cu cât intervalul de timp estimat este mai mare, cu atât probabilitatea noastră de a fi mai departe de adevăr este mai mare. În plus, s-a constatat că dacă facem ceva și suntem întrebați cât timp a trecut, această evaluare este diferită de a unei persoane care a fost martoră a ceea ce facem. Timpul trece mai greu pentru persoana care face ceva decât pentru cea care se uită la ceva, deci timpul se dilată sau se contractă în funcție de poziția psihologică a persoanei respective. Când așteptăm ceva, când suntem plictisiți sau triști, timpul trece parcă mai greu; când ne distrăm sau suntem absorbiți de o treabă, timpul parcă zboară. Aceasta se explică prin faptul că atenția este foarte importantă pentru perceperea subiectivă a timpului. Când suntem focalizați pe timp, timpul trece greu, când atenția este focalizată pe ce facem, timpul „zboară".

Există un „*ceas intern*" care bate timpul subiectiv și care ne lasă impresia vitezei scurgerii timpului. Când suntem atenți sau când starea de vigilență crește, ceasul intern bate repede și timpul trece cu viteză. William James, unul dintre părinții psihologiei moderne, spunea încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea că viteza cu care timpul zboară în mintea oamenilor este legată de numărul de evenimente care s-au petrecut recent. Cu cât sunt mai multe evenimente, cu atât avem impresia că timpul a curs mai repede. Deci este explicabil de ce astăzi se pare că zboară mai repede decât cu câteva decenii înainte. Informația, evenimentele înfățișate zilnic la TV, problemele existenței zilnice sunt tot atâtea jaloane temporale

care ne fac viața să pară că se scurge mai repede ca niciodată. O altă constatare a fiecăruia dintre noi este că, pe măsură ce înaintăm în vârstă, parcă timpul trece mai repede, deși am vrea categoric ca el să treacă mai încet.

Block și Zakay (1997) au arătat că perceperea timpului se face în două feluri: „*timp retrospectiv*“ sau „*timp prospectiv*“. Oamenii au tendința de a judeca timpul prospectiv, adică timpul care se scurge spre viitor, de exemplu timpul necesar pentru a face ceva, pentru a se întâmpla ceva; timp care, de obicei, este estimat mai aproape de adevăr decât aprecierea timpului retrospectiv, timpul care s-a scurs în trecut, necesar ca să se fi petrecut ceva. Aceasta arată că rememorarea timpului este mai puțin precisă decât prognoza timpului. În decursul vieții, stocăm diferite intervale temporale ale evenimentelor sau ale acțiunilor, atât trăite de noi, cât și la care am fost martori. Pe această bază apreciem cantitatea de timp de care avem nevoie când anticipăm să facem ceva. Însă, când este vorba să ne amintim cât a durat acea acțiune sau eveniment, rememorarea este deficitară, timpul retrospectiv fiind foarte variabil și mai scurt. Se spune că viața noastră este mai orientată spre viitor decât spre trecut, pentru că viitorul dă o direcție timpului trăit, adică a timpului prezent și subiectiv, și pentru că este o promisiune, o presupunere, care de cele mai multe ori este „colorată“ de speranță și de visare. Totuși, trebuie să fim de acord că toate aceste ipostaze ale timpului, trecut, prezent și viitor, sunt în mod decisiv legate unele de altele. Willie (2005) spune că prezentul este o sursă a trecutului, iar viitorul are ca sursă tot prezentul. Dacă cineva neagă timpul prezent, pentru că este neplăcut sau constrângător, atunci el are premisele de a nega în același timp și timpul trecut, și pe cel viitor. Doar timpul prezent este cel care ne dă sentimentul trăirii evenimentelor unul după altul, sentimentul că viața este o progresie secvențială a evenimentelor și a trăirilor care generează sentimentul devenirii, o sinteză temporală a ceea ce s-a petrecut până acum pe baza unui proiect sau doar pe baza sorții și a întâmplării.

Deși credem că timpul este o resursă personală, că suntem stăpânii timpului nostru, timpul nu este trăit în singurătate, timpul nu

este „*solipsistic*“, ci este trăit *„sincron“* cu alții, este împărtășit cu alții. Prezentul, trecutul și viitorul nostru se sincronizează cu prezentul, trecutul și viitorul altora. Când vorbim de întâmplări petrecute într-un anume interval de timp, ele cuprind și alte persoane care sunt în același timp cu noi. Astfel, se poate spune că timpul nostru, trăit subiectiv, este și timpul împărtășit cu alții, timp care poate fi numit *„timpul intersubiectiv“*. Această categorie este timpul pe care-l sincronizăm cu al altora pentru a fi împreună, pentru a face ceva împreună, pentru a învinge singurătatea. Când ne amintim ceva sau când planificăm ceva, în mod instinctiv aducem în mintea noastră și alte persoane, oricât de mult am dori ca aceste clipe să fie întru totul doar ale noastre. Când ne judecăm experiența și felul cum a trecut viața, avem tendința de a le lega de victoriile și eșecurile personale în funcție de calitățile individuale, dar și de felul cum s-au legat de alții, de unde sentimentul de vinovăție, rușine sau, din contră, de mândrie sau gelozie.

În afară de timpul fizic, „*cosmic*“, măsurat de atomul de cesiu, și de timpul „*psihologic*“, măsură a trăirii noastre temporale, mai există și un alt fel de timp. Nu poate exista descriere mai frumoasă decât cea a lui Andrew Achenbaum (2001) care spunea: *„De mult timp ceasul dirijează zilele mele, calendarul meu. Uneori, caut să-mi găsesc liniștea, crezând în iluzia că eu îmi controlez viața. De fapt, timpul hotărăște de cele mai multe ori felul cum eu mă reprezint în fața altora de-a lungul vieții. Cu toate acestea, încerc să rezist ideii că timpul este un obstacol în devenirea mea ca persoana care vreau să fiu. A deveni ce vrei cere timp și efort, mai ales pentru a dobândi înțelepciune. Există un timp spiritual, timpul necesar să te transporte într-un spațiu sacru. El este tot atât de important ca și timpul biologic, psihologic sau social. Cu vârsta, acest timp capătă o valoare mai mare“*. Acest „*timp sacru*“ aduce un fel de lumină lumii, o clarifică pentru noi înșine, așa cum spunea Heidegger. Lumea pe care o luminăm astfel este inerent diferită de cea a altor ființe. Noi aducem întru ființă lumea în felul nostru, cu culorile, sunetele și formele lumii. Dar noi percepem lumea nu ca o colecție de lucruri, ci în totalitate, „*luate împreună*“, și le

trăim ca un înțeles, semnificativ prin înțelesul lor. Noi căutăm acest înțeles și el nu poate fi decât spiritual. Cu cât creștem în vârstă, cu atât mai mult descoperim acest timp spiritual. Odată cu vârsta, există o creștere a timpului spiritual, o creștere a înțelepciunii care stă la baza seninătății cu care bătrânii acceptă finitudinea vieții lor.

Timpul este și limbaj, și gramatică. Există diferite metafore pentru a înțelege timpul. Una dintre acestea descrie timpul ca pe un tren care ajunge într-o gară: putem prinde acest tren sau putem să-l pierdem, pentru că timpul este cel care ne duce undeva; dacă nu l-ai prins, el trece inexorabil, nu poate fi ajuns din urmă. Această metaforă sau altele asemănătoare sunt cele care ne domină la bătrânețe, când avem de multe ori sentimentul vitezei prea mari sau a distanței prea lungi parcurse de acest tren; sau faptul că am pierdut multe legături din diferite gări prin care am trecut. Această metaforă ne arată că timpul nu este figurat numai în legătură cu viteza scurgerii lui, ci și sub formă de spațiu, verbalizat cu adjective precum timpul prea „*lung*“ sau timpul prea „*scurt*“, sub formă de epitete economice sau monetare: „*a fi zgârcit*“ sau „*generos*“ cu timpul, „*a irosi*“ sau „*a păstra*“ timpul, sau în termeni morali precum timp folosit „*bine*“ sau folosit „*rău*“. În anii 1960, Wallach și Green au studiat felul de metafore atașate timpului, comparând tinerii de 19-20 ani cu oamenii bătrâni. Tinerii au fost mai înclinați să aleagă metafore statice pentru a descrie trecerea timpului (de exemplu, „*ocean liniștit*“), pe când bătrânii au preferat metafore care arată mișcarea (de exemplu, „*tren rapid*“).

Din cauza multitudinii de sensuri, se spune că timpul omului este viu! El a mai fost figurat ca determinant pentru „*valurile vieții*“, precum timpul linear, care înregistrează evenimentele după cum vin unul după altul (de exemplu, ziua de căsătorie, ziua de naștere a copilului etc.) și timpul circular, care evocă în mod periodic un eveniment (de exemplu, sărbătorirea zilei onomastice în fiecare an). Toate aceste evenimente sunt repere temporale pe baza cărora noi apreciem trecerea timpului și, astfel, gândim că timpul curge implacabil, în valuri, ca cel legat de vârstă, care curge uneori pe nesimțite și alteori îl trăim conștient.

Reacția subiectivă față de timp este diferită în funcție de vârstă. Se face astfel diferența între aspectele fizice ale timpului, precum viteza, direcția, și diferitele aspecte psihologice ale timpului. Astfel, timpul este ca un index al schimbărilor legate de vârstă sau oferă diferite înțelesuri care sunt legate de curgerea timpului, ca de exemplu, sensul viitorului, sensul ratării, sensul biografiei, sensul futilității și al perisabilității, sensul finalității și al mortalității etc. Timpul aduce oamenilor și norme, atitudini, poziții și opțiuni succesive. Acesta este un alt ceas, este „*timpul cultural și social*". Uneori există o nepotrivire între timpul pe care îl stabilește societatea și cultura, și cel individual. Aceasta este o nepotrivire temporală, o asincronie care ne lasă sentimentul că am rămas în urmă, că am luat-o înainte, că suntem avansați sau că am ieșit din coordonate de timp ale momentului. Există și un „*timp autobiografic*", al poveștilor de viață, și un timp al prevederilor, al anticipărilor, al planurilor, al dorințelor și al visării.

Cu alte cuvinte, se face diferența între timpul „*exogen*", cel din afara ființei umane, deci timpul fizic, cosmologic, și timpul „*endogen*", cel al organismului și cel legat de mintea omului.

Timpul organismului este timpul biologic ca expresie a vieții, este timpul respirației, al bătăilor inimii și al altor ritmuri biologice, precum ritmul activității hormonale, al activității neurologice, al metabolismului.

Timpul se leagă de mintea omului pentru că gândurile și acțiunile noastre sunt secvențiale și ne lasă sentimentul că timpul curge. De fapt, unii dintre noi cred că stăm doar în prezent, prezent cu care mergem împreună de-a lungul timpului. Restul este subiectivitatea dată de formularea și reformularea amintirilor, de sentimentul temporal al zădărniciei, al inutilității și al incapacității, al eșecului de a rămâne în clipa de față. Fiecare dintre noi a vrut să rămână undeva în timp, într-o anumită vârstă, într-o anumită zi sau clipă pe care a dorit-o nesfârșită. Dar sentimentul existențial al trecerii timpului ne arată că nu putem prinde timpul, că este iluzoriu să rămânem în timpul pe care-l vrem. Atunci omul își organizează timpul în funcție de experiențele trecute și de așteptările din viitorul apropriat sau îndepărtat. În mare parte, aceste așteptări fac ca

timpul subiectiv, cel legat de mintea noastră, să se scurgă cu diferite viteze. Timpul subiectiv mai depinde și de durata activității în care suntem scufundaţi. Dacă activitatea aceasta este atractivă sau dacă este plictisitoare sau repetitivă, dacă suntem atenţi sau dacă suntem dezinteresaţi, toate acestea fac ca timpul să treacă cu diferite viteze. Se spune pe drept cuvânt că percepția timpului depinde de densitatea experienței.

Cu toți stăm în același timp fizic, pentru fiecare dintre noi ceasul are aceeași viteză, nimeni nu poate evada din timpul fizic pentru că îl împărtășim în aceeași măsură. Pe acest timp, cronometrat de ceas sau etalat pe calendar, oamenii au plantat evenimente sociale, culturale, religioase. Aceste evenimente ne servesc ca simboluri cronologice, creând intervale și sincronizări între timpurile individuale, precum cele legate de muncă, weekend, familie și religie, pe de-o parte, și cele naționale sau socio-culturale, pe de altă parte. Aceste sincronizări sau decalaje ne creează sentimentul că suntem contemporani unii cu alții, că suntem împreună cu unii dintre noi și că suntem diferiți față de alții dintre noi. Această agregare a oamenilor în funcție de utilizarea timpului este evidentă pentru anumite grupe de vârstă. Hendricks (2005) spunea că trecerea de la o vârstă la alta este reprezentată și de trecerea de la o grupă de utilizatori de timp la alta. Tinerii sunt mai rapizi și mai risipitori cu timpul, bătrânii mai înceți și mai zgârciți cu timpul. Fiecare stadiu al vieții poate fi considerat ca un prolog al celui care urmează. Aceste stadii sunt temporale, limitate în timp. Creșterea în vârstă este inexorabil legată de modurile subtile în care individul utilizează timpul. Creșterea în vârstă aduce și o structură ritmică a vieții culturale, în care atât timpul, cât și vârsta sunt markeri unul pentru altul. Nașterea, copilăria, adolescența, tinerețea, viața adultă, bătrânețea, pensionarea, căsătoria, nașterea copiilor sunt jaloane temporo-culturale care ritmează timpul și vârsta. Aceste perioade temporale au semnificații diferite pentru bărbați și femei, și depind în mare parte de statutul socio-economic sau de afiliația religioasă.

Timpul trăiește în mintea noastră proiectat înainte sub forma „*mâine*“ care este construit din anticipări, planuri și vise, și din

„*ieri*“ construit din rememorarea experiențelor personale. Aceste rememorări sunt cele care fac ca timpul trecut să rămână încă viu în mintea noastră, ele determină felul în care cineva gândește despre el însuși, ele sunt reconstrucții în care afectivitatea și prezentul joacă un rol determinant. Astfel, rememorarea unui accident sau a unei traume bântuie prezentul în funcție de felul cum îl descriem și trăim astăzi, tot atât de mult ca și de felul cum s-a petrecut în trecut.

În funcție de timpul nostru sunt și emoțiile pe care le trăim. Frankl (2006) sugera că finitudinea vieții afectează experiența emoțională și motivează oamenii să se focalizeze pe mândrie, plăcere și bogăție în viața lor scurtă și mai puțin pe explorarea de noi frontiere și orizonturi. În general, oamenii își conduc viața conform înțelesurilor pe care le-au descoperit pentru viața care le-a mai rămas, căutând să aducă o valoare acesteia.

Vârsta aduce în conștiință atât problema „*cât timp mi-a rămas*“, cât și problema ierarhiei scopurilor pe care le am. Pe măsură ce îmbătrânesc, oamenii au un sentiment mai adânc legat de „*timpul*“ rămas și ierarhia scopurilor se schimbă. Emoționalitatea legată de scopuri sau scopurile care aduc emoționalitate pozitivă se schimbă și ele, iar oamenii încearcă să facă din ce în ce mai des lucruri care le aduc plăcere, în detrimentul altora care le-ar putea aduce doar realizare socială sau profesională.

Când suntem copii și adolescenți ne grăbim să „*creștem mari*“, să fim independenți, să avem autonomie, să trăim după „*capul nostru*“, dar mai apoi, când suntem mari, constatăm că, de fapt, a trecut o mare parte din viață, că trebuie să ne grăbim să trăim, observăm că mulți dintre noi dispar din diferite motive și sentimentul vieții limitate pune treptat stăpânire pe mințile noastre. Apoi apare sentimentul de ambiguitate, de relativitate, ideea că realitatea și cunoașterea nu sunt ceva absolut, lucruri în care credeam când eram tineri. A fi adult înseamnă să te confrunți cu situații în care nu știi ce să faci. Când erai tânăr, dădeai vina pe ignoranță, pe când ca adult nu mai poți face asta. Adultul acceptă aceste contradicții între slăbiciune și putere, între cunoaștere și necunoaștere, și rezolvă toate acestea prin integrarea celor două în înțelepciune. A

trăi înseamnă să accepți imperfecțiunea, deși sensul vieții poate fi considerat o căutare a perfecțiunii. Toate acestea au făcut ca viața să fie considerată o „*călătorie în timp*“, un periplu în căutarea desăvârșirii pe care fiecare o găsește în felul său.

De foarte mult timp s-a constatat faptul că viața pare a curge mai repede cu cât înaintăm în vârstă. William James, încă din 1890, scria că timpul își crește viteza cu vârsta, pentru că, odată cu vârsta, sunt din ce în ce mai puține evenimente memorabile. La început, vrem să ne amintim prima zi de școală, prima iubire, când s-a născut primul copil, când am obținut primul serviciu, prima mașină, prima vacanță, iar pe măsură ce îmbătrânim nu se mai întâmplă ceva la care să atașăm adjectivul „*primul*“ și nu mai avem în minte astfel de jaloane temporale, care să ne lase să apreciem viteza timpului. Cu cât distanța între aceste repere temporale este mai mare, cu atât viteza de scurgere a timpului subiectiv este mai mare. William James scria: „*Scurtarea timpului pe măsură ce vârsta înaintează este datorată mai mult monotoniei conținutului memoriei și, deci, simplificării rememorării atunci când ne uităm înapoi. Monotonia, familiaritatea, lipsa de conținut fac ca timpul să se micșoreze*“. Cu vârsta, probabilitatea de a se repeta diferite evenimente crește și aceasta duce la monotonie, pierderea atenției și ulterior la sentimentul că timpul a trecut foarte repede.

Dacă timpul fizic curge pentru fiecare la fel, se pare că timpul subiectiv curge pentru fiecare altfel. Dacă suntem ocupați sau dacă nu avem nimic de făcut influențează perceperea scurgerii timpului. Sunt personalități care resimt presiunea timpului, pe când alții sunt relaxați, amână, au diferite stratageme de a scăpa de sub tirania timpului. Valoarea timpului diferă de la o persoană la alta și de la vârstă la vârstă. Unii bătrâni se plictisesc și ar vrea să aibă ceva de lucru, încearcă să-și găsească ceva de făcut, altora le place să stea și să-și amintească de trecut, unii abia așteaptă să fie pensionari, alții nu știu cum să-și prelungească activitatea. Valoarea pe care o dau oamenii timpului influențează felul cum văd timpul și cât de repede sau cât de mult au risipit timpul, însă, de cele mai multe ori, bătrânii au sentimentul că au risipit timpul.

Dar de ce ni se pare că timpul trece mai repede odată cu vârsta? Senzația aceasta este unul dintre cele mai mari mistere ale experienței timpului. Pierre Janet, important psihiatru francez de la începutul secolului XX, lansează *„teoria proporționalității“* care spune că viteza crește pentru că un an din viață reprezintă din ce în ce mai puțin din totalul anilor pe care i-am trăit până acum. Deci, cu cât suntem mai bătrâni, cu atât un an din viața trăită reprezintă mai puțin. Pe baza teoriei lui Janet, Robert Lemlich (1975) face următoarele calcule: pentru un copil în vârstă de un an, acest an din viața lui reprezintă 100% din cât a trăit, la 8 ani, un an din viața lui reprezintă 12,5% din cât a trăit, la 18 ani un an reprezintă 5,56% din cât a trăit, la 35 ani, un an reprezintă 2,86% din cât a trăit, ca la 98 ani, un an să reprezinte 1% din cât a trăit. Janet explică aceasta prin faptul că noi nu percepem timpul ca un tot, ci pe intervale, precum zilele, anotimpurile, anii sau intervalele între anumite activități, ceremonii familiale, onomastici, ceremonii religioase etc. Deși noi măsurăm cu obstinație timpul, avem ceasuri din ce în ce mai precise și mai sofisticate, peste tot în locuri publice sunt ceasuri care afișează timpul, în realitate, nu ne interesează scurgerea continuă a timpului, ci doar anumite momente: la ce oră pleacă trenul, la ce oră se deschide magazinul, la ce oră se termină programul, în ce zi cade ziua liberă, cât mai este până la ziua soției mele, are februarie anul acesta 28 sau 29 de zile etc. Astfel, alergăm de la un jalon temporal la altul. Evaluarea retrospectivă a timpului este în funcție de câte evenimente s-au petrecut între două jaloane de timp, cât de multe rememorări avem pentru acea perioadă, ce semnificație dăm acelei perioade, ce presiune a timpului am resimțit realizând anumite acțiuni în acea perioadă trecută etc. Desigur că există și o percepere a timpului prezent, dar este mai puțin importantă; în cel puțin 30% din timpul prezent, mintea ne zboară tot în timp, atât în trecut, cât și în viitor. Se poate spune că este foarte greu pentru noi să fim atenți la curgerea timpului, clipă de clipă, putem face aceasta doar pentru maximum 10-20 de secunde, în funcție de cât de mult suntem antrenați în a ține atenția focalizată pe prezent.

Începând cu William James, majoritatea oamenilor de știință nu sunt de acord cu teoria proporționalității, spunând că ea este

doar un fenomen și nu o explicație. Teoria ia în calcul memorarea evenimentelor și a emoțiile legate de ele pe o bază subiectivă, deși niciun calcul asupra vitezei timpului nu poate fi făcut cu exactitate luând în considerare acest fel de evaluare. Experimente care au comparat loturi de vârste diferite au fost mai confidente. Astfel, în anul 2005, Wittman și Lehnhoff constată că tinerii și bătrânii evaluează la fel trecerea timpului pentru perioade scurte, dar, pentru perioade lungi, de exemplu cât de repede a trecut o perioadă de 10 ani, bătrânii evaluează că aceasta a trecut mai repede decât spun tinerii. În anul 2010, Friedman și Jansen au comparat evaluările timpului scurs de la evenimentele puse pe o listă, la două grupuri, unul de tineri și altul de bătrâni. Pentru evenimentele mai recente, ambele grupuri au evaluat în mod egal timpul scurs; pentru evenimentele mai îndepărtate, bătrânii au evaluat că timpul s-a scurs repede. Tot acești autori au arătat mai recent că indivizii, cu cât sunt sub presiunea timpului, cu atât percep trecerea timpului ca fiind mai rapidă. De fapt, odată cu vârsta, suntem atenți din ce în ce mai puțin la timp, în schimb, suntem mai atenți la sarcinile de îndeplinit, pentru că suntem mai sensibili la rezultatul lor.

O altă teorie este „*paradoxul sărbătorilor*". Ea spune că, pe de-o parte, timpul are impact asupra memoriei și, pe de altă parte, memoria creează experiența timpului. Memoria autobiografică este cea care ne dă senzația elasticității timpului. La formarea memoriei autobiografice participă atât memoria episodică, cea care înregistrează evenimentele în detaliu, așa cum se succed în timp, cât și memoria semantică, ce le aranjează în funcţie de semnificația lor pentru individ și de experiența trecută. Pe baza aceasta, un individ își construiește povestea vieții lui. Când ne povestim viața, legăm evenimentele, sărbătorile, în funcţie de semnificația lor și nu le povestim așa cum se succed în timp; din contră, povestim aceste evenimente sărind de la un timp la altul, doar ca să facem legături semantice, pentru că avem impresia că, în acest fel, ce s-a petrecut în viața noastră are mai mult sens pentru ascultător și pentru povestitor deopotrivă. Dacă am povesti evenimentele așa cum s-au succedat în timp, ele ar arăta ca și cum s-ar fi înregistrat pe o

bandă de magnetofon. În această poveste, timpul este scurtat sau lungit, telescopat sau chiar ignorat, în funcție de scopul narațiunii. În anul 2012, Claudia Hammond făcea o comparație cu descifrarea istoriei dintr-un situs arheologic în care s-a decopertat un mozaic care s-a păstrat parțial și se caută să se recompună istoria acestuia, combinând fragmentele păstrate cu umplerea celor lipsă, pe baza estimărilor și a imaginației, pentru a reîntregi imaginea. Noi suntem mai înclinați să ne amintim și să povestim circumstanțele unui eveniment trecut decât timpul în care s-a petrecut, pentru că circumstanțele dau un sens evenimentului mai mult decât timpul în care a avut loc. După această autoare, telescoparea timpului este principala cauză a sentimentului că timpul trece repede. Odată cu ștergerea treptată a evenimentelor din memoria noastră apare și sentimentul că timpul trece mai repede. Cu cât îți poți aminti un eveniment mai bine, cu atât îl poți localiza mai bine în timp. Dacă evenimentele sunt ținute minte pe baza asociațiilor, a diferiților factori care nu pot fi considerați repere temporale, ni se pare că aceste evenimente au trecut foarte repede. Putem să ne amintim foarte viu un eveniment, apoi să ne amintim și cum s-a petrecut, iar când vrem să ne amintim anul, acesta ni se pare că a fost ieri, când de fapt au trecut mulți ani. Evenimentul ne-a impresionat, dar nu a contat momentul în timp pentru că nu ne-a implicat și pe noi. Evenimente importante care sunt stocate în memorie pentru semnificația lor culturală sau politică, dar nu și pentru persoana noastră, ni se par a fi trecut foarte repede, ele nu sunt legate așa de puternic de memoria autobiografică.

Viteza aparent crescută a timpului în raport cu vârsta este, de fapt, o iluzie cognitivă. Atenția și memoria joacă un rol în această iluzie. Când există monotonie, lipsă de motivație, de stimulare, de conținut, timpul trece repede. Când se petrece ceva interesant, îl localizăm după reperele temporale, dar dacă același eveniment se petrece de mai multe ori în același fel nu ne mai amintim reperele temporale și timpul pare să fi trecut repede. „*Fiecare an ce a trecut convertește experiența în rutină care este greu de memorat, iar zilele și săptămânile trec pe nesimțite și anii par goi și fără număr*“,

scria William James. Când ești tânăr, experiențele noi ce le percepi pentru prima oară se mențin în memorie ca jaloane de timp; mai târziu, astfel de experiențe noi sunt din ce în ce mai puține, deci reperele temporale sunt din ce în ce mai puține și, astfel, timpul trece mai repede, neavând astfel de jaloane, ceea ce face ca timpul să apară telescopat. S-a constatat că, pe măsură ce o sarcină cere mai multe resurse cognitive, durata ei este percepută ca fiind mai lungă. Pe când stimulii repetitivi apar ca fiind plasați pe un interval de timp mai scurt și, astfel, timpul total este perceput ca trecând mai repede. Bătrânii cred că timpul a trecut foarte repede și pentru că în memorie le-au rămas mai puține evenimente pe baza cărora să estimeze perioadele de timp scurse. Pentru cei cu activitate diversă timpul trece mai încet decât pentru cei care stau acasă și care fac același lucru în fiecare zi. Richard A Friedman, profesor de psihiatrie clinică și director al clinicii de psihofarmacologie la Weill Cornell Medical College, New Presbyterian Hospital, New York, povestește în *The New York Times*, din 20 iulie 2013, cum tatăl său, inginer de profesie, după ce a ieșit la pensie, a citit tot ce i-a ieșit în cale, de la astronomie la istorie, de la călătorii la grădinărit, și niciodată nu s-a plâns că timpul a trecut mai repede de când a devenit bătrân față de când era tânăr.

Din toate cele de mai sus se poate vedea că timpul poate fi asimilat cu oricare altă „*resursă*“ socială care are o valoare ce poate fi cumpărată, vândută, împrumutată, valoare care se justifică în relație cu valoarea altor resurse. Modelul cultural de percepție a timpului definește contextul temporal în funcție de semnificația activității umane și poate fi diferit în funcție de stereotipuri culturale, credințe, activități, relații cu alții sau vârstă. Este important ca fiecare din noi, înainte de a ne considera „*în vârstă*“, să gestionăm timpul în așa fel încât el să rămână resursa cea mai la îndemână prin care ne împlinim viața.

2. Vârsta

Ce este vârsta? După Dicționarul Explicativ al Limbii Române, vârsta este „*timpul scurs de la nașterea unei ființe până la un anumit moment din viața ei sau numărul de ani (luni, zile) prin care se exprimă acest timp*". În dicționarul Merriam-Webster, vârsta este definită ca „*lungimea de timp pe care o ființă a trăit-o sau lungimea de timp în care un lucru a existat*". Deci vârsta, atât pentru ființe cât și pentru lucruri, este timpul în care acestea au existat sau există. Vârsta măsoară intervalul de timp în care o ființă sau un lucru a făcut parte din realitate, adică intervalul de timp în care există în conștiința proprie sau în conștiința altora. Astfel, vârsta se construiește de către o ființă cu conștiință de sine pentru ea însăși și pentru ceilalți.

Atunci când o instituție sau oficialitate ne cere să ne identificăm, ne spunem numele și vârsta și/sau data nașterii. Se poate spune că vârsta face parte din identitatea noastră, face parte din ID-ul nostru la un moment dat. Spunând câți ani avem, spunem implicit și că suntem în prezent. Dacă spun că am 55 de ani, înseamnă că sunt în prezentul acelui an, când am împlinit această vârstă. Astfel, când ne spunem vârsta, punem verbul la prezent. Pot să spun și ce vârsta am avut când s-a petrecut ceva semnificativ în trecut sau ce vârsta voi avea când se va petrece ceva în viitor. Mai pot să leg momente din viața mea de vârsta altora, de exemplu, pot să spun că, atunci când m-am căsătorit, tatăl meu avea 62 de ani, iar mama 56.

Dacă vârsta se măsoară în ani, putem începe să luăm în considerare cât mai este până când mai trece încă un an din existența

noastră și atunci putem lua în considerare lunile, săptămânile sau zilele din calendar, de exemplu, *„mai am 3 luni până împlinesc 68 de ani*“ sau *„săptămâna viitoare este ziua mea*“.

Vârsta nu este doar o numărătoare în ani, ea poate fi formulată și în funcție de anotimpuri sau de alte criterii temporale, este de fapt o reminiscență a felului cum oamenii din vechime luau în considerare timpul, când nu era calendar, ci doar alternanța dintre anotimpuri și dintre zi și noapte. Cu anumite ocazii, se spune și astăzi: *„Fata mea a împlinit 6 primăveri*“ sau *„Bunicul meu este la apusul vieții*“ sau *„Vecinul meu a trecut în somnul de veci*“ etc.

Unii oameni vor încerca să-și ascundă vârsta, alții ezită, unii vor spune cu ceva mai puțin, alții vor spune cu ceva mai mult. De exemplu, sunt oameni care declară vârsta pe care nu au împlinit-o încă. De exemplu, în loc să spună: *„Am 60 de ani*“ sau *„Peste câteva luni, împlinesc 61 de ani*“, alții rotunjesc cifra și spun simplu *„Am 61 de ani*“.

Vârsta este și o ceremonie. Dacă acceptăm că numele și vârsta participă împreună la formarea identității unei persoane, atunci înțelegem de ce ele sunt considerate evenimente de importanță specială pentru individ și cei apropiați lui (familia, prieteni, colegi) și se sărbătoresc cu un anume fast. Serbarea zilei de naștere și a zilei onomastice sunt repere pe care nimeni nu le ignoră, deși sunt perioade în viață când ai vrea să sari peste ele. Ceremoniile legate de aceste zile fac parte din ritualul familiei, din stereotipurile culturii din care persoana face parte. Cel puțin în cultura noastră, o persoană sărbătorește aceste zile cu un fast legat de tradițiile familiei, de spațiul cultural și, de multe ori, de statutul socio-economic al persoanei.

Vârsta mai este și un reper temporal care jalonează memoria autobiografică. Legăm și ținem minte diferite evenimente personale sau ale lumii în care trăim în funcție de vârsta pe care o aveam la data petrecerii acestora. Astfel este comun să spunem: *„Aveam 31 de ani când s-a născut primul meu copil*“ sau *„Eram de 41 de ani când a fost atentatul de la New York*“. Pe baza acestor repere de vârstă, noi ne construim și felul cum curge timpul în mintea noastră, mai repede sau mai încet.

Dar vârsta face parte și din construcția unui statut social și/sau cultural. Avem setate praguri de vârstă la care cineva este îndrituit să facă ceva sau nu, precum vârsta majoratului, vârsta de la care cineva poate vota, de la care poate conduce un autovehicul, vârsta de pensionare etc. și vârste care sălășluiesc în mintea noastră ca stereotipuri sau ritualuri culturale moștenite din „moși-strămoși", de exemplu, vârsta de la care este bine să te căsătorești, vârsta de la care este bine să pleci de la părinți, vârsta de la care cineva începe să te ia în considerare și să-ți audă părerea, vârsta când ești prea bătrân să mai faci cutare sau cutare lucru etc.

Luând în considerare cele de mai sus, putem spune că vârsta este atât o „*construcție personală*", făcând parte din identitate și din felul cum măsoară fiecare scurgerea timpului, cât și o „*construcție a celorlalți*", după care vârsta se definește în funcție de criterii sociale și culturale împărtășite de mulți alții și la care cineva aderă mai mult sau puțin conștient.

Cum se definește vârsta din punct de vedere social? Se spune că vârsta este un „*construct social*" pe baza căruia se formulează norme și simboluri sociale vârstei. Construcția socială a vârstei permite ca oamenii să se numească tineri sau bătrâni. Faptul că nu peste tot în lume aceste definiții sau praguri pentru a fi tânăr sau bătrân sunt la fel arată că ele nu sunt altceva decât constructe sociale. Diferite vârste sunt legate de diferite norme sociale, de exemplu, vârsta majoratului sau a pensionării, și de diferite categorii/grupuri sociale, de exemplu, persoanele care sunt la vârsta a treia, grupul pensionarilor, sau după care se definesc și validează diferite interacțiuni între grupele de vârste, de exemplu, relația dintre tineri și bătrâni, a avea sau nu dreptate, a avea experiență, cărei generații aparținem etc.

Prin „*construcția socială a vârstei*" sociologii înțeleg felul în care vârstei i se atașează etichete sau clasificări care, altfel, în mod natural, nu există. Această construcție socială înseamnă că vârstei i se dă un înțeles care derivă din normele societății și, pe această bază, indivizii vor fi numiți și grupați. De exemplu, adulții pot fi

considerați ca întemeietori și întreținători de familie, iar bătrânii ca fiind bunici și pensionari.

Societatea creează norme sub formă de legi, regulamente, practici administrative sau cutume după care oamenii de diferite vârste au drepturi și responsabilități, sunt interpretați și luați în considerare. De exemplu, se creează norme și praguri după care o persoană este numită tânără sau în vârstă, sau după care, între două persoane cu aceeași calificare, persoana mai în vârstă este mai competentă, sau o persoană mai în vârstă se bucură de o mai bună reputație sau are mai mare credibilitate decât una tânără.

Tot parte a construcției sociale a vârstei este și ideea prezentării sociale. Astfel, există o imagine „*normalizată*“ social a felului cum se îmbracă, cum se poartă și ce caracteristici psiho-fizice are o persoană în funcție de vârstă. Pe baza acestora, cineva poate fi considerat „bătrân“ chiar dacă nu are încă vârsta pentru a intra în această categorie. Construcția socială a vârstei ia în considerare și criteriile gerontologiei în identificarea „*bătrânilor*“, respectiv deshidratarea pielii și apariția cutelor pe față, deteriorările acuității auditive sau vizuale, slăbirea forței musculare sau a capacității cognitive.

Așa cum arata Erving Goffman[1], această „*fațadă*“ a vârstei, această prezentare a oamenilor în funcție de vârstă, este cea care participă la interacțiunea față-în-față, cea care determină în bună parte afiliația spontană sau activă la diferite grupuri sociale, economice sau la modalități recreaționale. Astfel, oamenii mai în vârstă vor fi priviți cu suspiciune într-o discotecă, iar tinerii nu vor fi bine priviți într-un loc destinat celor mai bătrâni. Mai există și problema manierelor și a „*etichetei*“. Manierele, adică comportamentul simbolic declanșat de întâlnirea față în față sau de prezența altora, joacă un rol important în stabilirea și menținerea relațiilor dintre oameni. Li s-au dat diferite denumiri precum etichetă, comportament ceremonial, ritual social, ritual interacțional sau, simplu, politețe. Această politețe este de multe ori subsumată conceptului

[1] Erving Goffman (1922-1982), celebru sociolog american.

de educație. Aceste maniere îndeplinesc funcții sociale foarte importante precum un mod subtil de reglare și control al relațiilor sociale, generează sentimentele care-i fac pe oameni să-și asume roluri sociale și să comunice cine sunt și ce loc ocupă în ordinea socială. Aceste caracteristici sunt întrupate cel mai bine în ceremonialul salutului prin care se exprimă curtoazia, respectul și toate celelalte. Manierele, eticheta, modul de comportare între oameni, aduce liniștea și reconcilierea atunci când este nevoie. Într-o întâlnire, fiecare salută sau este salutat în funcție de relațiile pe care le are cu celalalt, dar și în funcție de vârstă. Astfel, există regula nescrisă că tinerii salută primii când întâlnesc un bătrân. Tot pe baza acestor maniere sau comportament socialmente standardizat, un tânăr poate fi etichetat *„obraznic", „needucat"* sau *„lipsit de maniere*" de către cei mai în vârstă, tot așa cum un tânăr poate considera un bătrân ca *„obtuz", „desuet", „demodat", „ursuz"* etc.

Mai este o problemă – cea a întâlnirii dintre oameni. Schimbul de cuvinte și priviri între tineri și bătrâni este foarte important, pentru că atunci se trimit mesaje semnificative, voluntare și involuntare. În întâlnirea față în față, mesajele acestea nu pot fi trucate, deși uneori încercăm să disimulăm. Prin aceste mesaje, interlocutorii se experimentează unul pe celălalt și pentru aceasta oamenii vor să vadă fața celuilalt, să se observe unul pe celălalt, pentru a distinge aceste mesaje expresive care spun cine ești. Ne uităm unul la altul atunci când ne intersectăm. În funcție de felul cum este construită social vârsta, întâlnirea dintre tineri și bătrâni este o întâlnire plină de tensiune. De multe ori, atât bătrânii, cât și tinerii nu vor să fie identificați ca atare, pentru că această întâlnire ar putea fi plină de critici reciproce sau emoții, precum cele de jenă, rușine și timiditate, care se construiesc prin judecarea unuia prin ochii celuilalt.

Bazat pe preconcepțiile negative legate de bătrânețe, se construiește și conceptul de „*ageism*" care definește o alterare în sentimentele, credințele sau comportamentele față de un individ sau un grup în funcție de vârstă. Acest concept își are rădăcina în tendința socială de a separa tinerii de bătrâni atât la nivel individual, cât și la nivel instituțional. Astfel, avem instituții pentru oamenii bătrâni, ca de

pildă, Casa de pensii, Casa de ajutor reciproc a pensionarilor, cămine de bătrâni, cantine pentru oameni bătrâni etc., toate înconjurate de un halou de stigmatizare. După Goffman, stigmatizarea se referă la un *„self deteriorat"* generat de identificarea bătrânilor ca persoane incapabile de a atinge anumite standarde și norme de funcționare. Pentru el, stigmatul este un atribut, un comportament sau o reputație care contribuie la crearea unei identități sociale, cea de stigmatizat!

În ciuda tendinței oamenilor în vârstă de a de a obține aprobare socială, acceptare, reputație pozitivă și prestigiu, în ciuda nevoii de a fi valorizați, de a avea o bună imagine în mintea altora, care să ducă la acceptare de către ceilalți, oamenii în vârstă sunt din ce în ce mai izolați tocmai prin modul de construcție socială a vârstei. Toată lumea așteaptă ca un om la tinerețe să caute să se instruiască într-o profesie oarecare, la mijlocul vârstei să fie activ, productiv și întreprinzător, iar când este în vârstă, să fie la pensie, să fie inactiv și să nu mai aibă roluri sociale importante. Se spune că societatea funcționează mai bine cu oameni care se identifică cu rolurile lor și le îndeplinesc fără să crâcnească, ceea ce se așteaptă și de la bătrâni, adică să accepte rolul marginal care le este dedicat!

Conceptul de speranță de viață, adică vârsta medie presupusă a putea fi trăită de o populație care împărtășește un teritoriu, contribuie și el la construcția socială a vârstei, indivizii în apropierea acestei cifre, care estimează speranța de viață, fiind considerați „*bătrâni*". Pe măsură ce speranța de viață a crescut, în aceeași măsură a crescut și pragul dincolo de care un individ poate fi considerat social ca bătrân. Creșterea numărului de indivizi care ating vârste înaintate a făcut ca, pe lângă grupul de „*vârsta a treia*", adică grupul cu vârste cuprinse între 65 de ani și vârsta speranței de viață (în medie 75 de ani), numiți și „*bătrânii tineri*", să apară și grupul de bătrâni de „*vârsta a patra*", adică grupul ce trece de vârsta speranței de viață, 85 de ani. Acest grup a fost subîmpărțit în „*bătrânii bătrâni*", între 75 și 84 de ani, și „*bătrânii foarte bătrâni*", cei care depășesc 85 de ani. Dar și această clasificare scoate în evidență încă o dată ageismul discursului social, împărțind de fiecare dată când are prilejul oamenii în funcție de vârsta lor.

În final, se poate spune că construcția socială a vârstei a creat premisele „*stratificării*" sociale pe bază de vârstă, stratificare care a pus bazele ageismului, ale ignorării drepturilor, ale stigmatizării și, în final, ale abuzului față de oamenii bătrâni.

Spre deosebire de construcția socială a vârstei, „*construcția culturală a vârstei*" atașează fiecărei vârste o valoare. Cultura constă în simbolurile, artefactele, credințele, valorile și atitudinile care sunt împărtășite de toți cei care formează grupul cultural. Ea se manifestă în ritualuri, obiceiuri și legi, și este perpetuată și reflectată în vorbe, reguli, obiceiuri, literatură, artă, dietă, costume, religie, preferințe, particularități familiale, distracție și altele. Vârsta este imersată în fiecare aspect al culturii și fiecare aspect al comportamentului, al aspectului fizic și al fiziologiei bătrâneții este prins în plasa semnificațiilor culturale. În metafore, povești, literatură, filme, artă vizuală, cântece și mitologie, vârstele, cu caracteristicile lor, sunt prinse într-o țesătură de simboluri din care cu greu se pot desface. Dacă tinerețea este asociată cu începutul, bătrânețea semnifică mai mult sfârșitul; dacă maturitatea subsumează potența, fertilitatea, independența, competența și jovialitatea, bătrânețea este legată mai mult de incapacitate, impotență, deteriorare, dependență și singurătate. Tot acest tablou este purtat de stereotipurile și credințele culturale pe care le împărtășesc membrii unui anume spațiu cultural. În cultura română, există o oarecare ambivalență în descrierea bătrâneții, pe de-o parte este descrisă ca o perioadă de seninătate înțeleaptă, de atașament la familie, de înclinație spre natural, tradiție și istorie, iar pe de altă parte este caracterizată de deficiențe fizice (bătrân uscățiv, gârbovit, albit, zbârcit), lipsuri materiale (stă prost cu banii, zgârcit), nutriționale (mănâncă prost, este slab) și înclinație spre religiozitate (ține post, merge la biserică, se gândește mereu la cei dispăruți, merge des la cimitir etc.).

La construcția socială și culturală a vârstei participăm cu toții și niciunul dintre noi în mod particular. În schimb, fiecare dintre noi participăm la identitatea proprie pe care vârsta ne-o conferă. Aceasta este „*identitatea conform vârstei*".

Conceptul de identitate conform vârstei se referă la experiența persoanei cu o vârsta oarecare și a procesului de dezvoltare odată cu vârsta. Identitatea conform vârstei este rezultatul procesului prin care o persoană sesizează cât de departe sau aproape este vârsta reală de vârstă pe care simte că o are. Acest proces se pune cel mai bine în lumină prin întrebări de felul: *„Cât de bătrân te simți?“, „Cărei categorii/grup de vârsta crezi că îi aparții?“* sau *„Cum percepi și înțelegi creșterea vârstei tale?“*. Aceste întrebări explorează experiența subiectivă a vârstei, proces care implică participarea unor factori foarte înalt specifici unei persoane, lucru care arată de ce vârsta participă în mod hotărâtor la identitatea acelei persoane la un moment dat. Pe baza acestui proces subiectiv, al formării identității conform vârstei, un individ se simte tânăr sau bătrân în raport cu vârsta calendaristică pe care o are, evaluează calitatea propriei vieți, își apreciază probabilitatea lungimii propriei vieți, judecă perioada de fertilitate și rolul în familie și în relații intime, planifică anumite acțiuni și decizii, participă la diferite activități sociale și culturale sau își modelează rolul în microgrupul căruia îi aparține. Toate acestea se bazează pe dialogul interior al persoanei care începe cu afirmația: *„Tu ești atât de tânăr pe cât te simți!“*.

De-a lungul vieții, individul parcurge diferite fațete ale acestei identități de vârstă, de exemplu: se simte ca și cum nu ar avea nicio vârstă, ca și cum ar fi mereu tânăr și omnipotent, sau aderă la ideea continuității liniare a vârstei, a refuzului de a aparține unei categorii de vârstă sau, din contră, intră într-o categorie înainte de a fi justificată de vârsta cronologică, adică se simte mai bătrân decât este.

S-a demonstrat că există o tendință generală ca oamenii să raporteze că se simt mai tineri decât sunt de fapt. Dacă la o vârstă tânără oamenii spun că se simt tineri, conform vârstei calendaristice, pe măsură ce îmbătrânesc, ei apreciază că se simt ca și cum ar fi mai tineri decât vârsta reală, ajungând ca, după 65 de ani, oamenii să se simtă în medie cu peste 10 ani mai tineri decât o presupune vârsta calendaristică. Aceasta s-ar explica prin faptul că oamenii își apreciază felul cum se simt în funcție de o vârstă ideală, ce vârstă ar

vrea să aibă în momentul respectiv, și cu toții am vrea să fim mai tineri decât suntem în fapt. La aceasta mai contribuie și felul cum realmente cineva se simte legat de satisfacția cu viața dusă sau cu starea de sănătate. Acești din urmă factori pot umbri cu totul dorința de cât de „tineri“ am vrea să fim. Când ne apreciem a fi mai tineri decât suntem, de fapt, ne dăm mai mulți ani de trăit și aceasta este un fapt esențial, cu cât ne simțim mai bine la un moment dat, cu atât credem că vom trăi mai mult. De-a lungul vieții, omul constată că, odată cu progresia vârstei, apar și unele fenomene de declin, mai ales fizic; fizionomia se schimbă pe nesimțite, apar ridurile pe față, părul se rărește și albește, pielea corpului este mai uscată, mușchii nu mai sunt așa de reliefați, silueta și postura se modifică, toate acestea ne fac să luăm măsuri de a le ascunde sau chiar să le combatem, dacă se poate. Dar mai sunt și modificări de ordin funcțional și social, de exemplu reducerea distanței de mers pe jos, a capacității de ridicare de greutăți, probleme de memorie, proximitatea pensionării, scăderea numărului de cunoștințe, singurătatea. Cu toate acestea, dacă oamenii sunt întrebați la ce vârstă se simt, ei susțin că se simt ca la o vârstă mai tânără decât cea calendaristică, deci identitatea lor este dată mai mult de vârsta *„subiectivă“* decât de cea reală. Cum se explică acest fapt? S-a constatat că, de-a lungul vieții adulte, oamenii fac eforturi inconștiente de a rămâne la același nivel de funcționare și din cauza aceasta ei folosesc diferite procese de adaptare pentru a compensa procesul lent al înaintării în vârstă. Se poate spune că nu există om care să nu se lupte cu vârsta lui, indiferent dacă vrea să pară sau să se simtă mai tânăr sau nu. Procesul acesta de adaptare la schimbările vârstei este inerent naturii noastre umane.

La cele de mai sus se mai adaugă problema felului cum suntem văzuți și interpretați de ceilalți. Aici intervin factorii culturali. Trăim într-o lume în care imaginea corpului participă la identitatea socială. Cu toții am vrea să arătăm mai bine, peste tot vedem oameni cu corpuri frumoase, mai ales pe copertele revistelor ilustrate, în reclamele imense din spațiul public, la TV sau în filme. Aproape nu este loc unde să nu existe centre de fitness sau să nu

vedem oameni care aleargă, mereu întâlnim magazine cu medicație și alimentație „*naturistă*“ care promit o viață lungă, fără bătrânețe. Este cert că oamenii vor să arate mai bine! Ce înseamnă acest lucru? Răspunsul este unul singur: oamenii vor să arate mereu tineri. Cu toate acestea, nu este sigur ce prevalează: a arăta mai tânăr sau a fi mai longeviv? Lumea de astăzi, construită mai mult vizual, promovând un corp ideal, impune pe nesimțite tuturor o tendință de a ne uita la corpul și la fața noastră și aceasta ne aduce cu gândul la vârstă. Acceptăm anumite modificări ale corpului nostru odată cu vârsta, dar sunt și unele indezirabile, unele care ne fac să arătăm mai bătrâni decât suntem și pe care dorim să le combatem sau să le deghizăm.

Iată cum anumiţi factori culturali, precum stereotipuri, credințe, idei, modele, fac ca identitatea datorită vârstei să se medieze cu cea a imaginii corpului și a credințelor noastre despre el. Aici intervine dorința de a ține diferite diete, de a purta diferite haine la modă sau haine care să ne arate că aparținem unei alte vârste decât cea reală. În mod sigur dorim să aparținem unei vârste mai tinere.

Faptul că ne simțim și dorim să arătăm mai tineri decât suntem are un impact deosebit asupra stării de sănătate și a bunăstării generale. Aceste lucruri s-au subsumat conceptului de „*bătrânețe pozitivă*“ în care individul dorește să rămână cât mai mult timp activ, implicat, productiv și în relație cu cât mai mulți semeni. S-a demonstrat că cu cât ne identificăm cu o vârstă mai tânără, cu cât suntem mai activi, cu atât cresc șansele noastre de a îmbătrâni pozitiv și de a fi mai longevivi.

3. Longevitatea

Foarte des auzim oameni care se plâng de evenimentele nefericite din viața lor, am putea spune chiar că nimeni nu e scutit de ele, dar, cu toate acestea, nu există nicio îndoială că, deși ne plângem de ea, cu toți dorim ca viața noastră să fie cât mai lungă. De ce? Pentru că viața este singurul nostru prilej de a realiza ceva și de a ne bucura de ceva! Suntem așa de preocupați de a face aceste lucruri, încât niciodată nu avem suficient timp și suficiente prilejuri care să ne facă să ne declarăm satisfăcuți de ce s-a petrecut până acum. Căutăm mereu în viitor și însăși această privire plină de speranță a viitorului este motorul care ne face să dorim să-l întâlnim în orice condiții și cu orice preț.

Problema longevității se pune astăzi mai mult ca oricând din două motive: i) durata medie de viață a oricărei populații de pe glob a crescut constant în ultima sută de ani și ii) descoperirile recente ale medicinei, în general, și ale gerontologiei și ale metodelor antibătrânețe, în particular, au creat așteptări suficient de raționale ca să credem că viața oamenilor poate fi prelungită în mod semnificativ. Cei care cred că aceasta se poate realiza prin mijloace active se numesc „*prolongeviști*“. Unii dintre ei, „*prolongeviștii radicali*“, chiar cred că viața poate fi prelungită la nesfârșit, iar alții sunt mai moderați, susținând posibilitatea prelungirii doar cu câteva decenii. Ambele categorii consideră că bătrânețea este o stare organică, patologică, care poate fi prevenită prin măsuri luate înainte de apariția ei, sau că ea poate fi „*tratată*“ de medicină prin mijloace asemănătoare tratamentului oricărei alte boli. Există și

„*prolongeviști mistici*“ care afirmă că viața poate fi prelungită prin acţiune divină!

Se ridică întrebarea: cu cât să se prelungească viața? Foarte mulţi dinte prolongeviști sunt optimiști, considerând că stă în puterea științei actuale să se prelungească speranța actuală de viață cu până la un deceniu. Acest lucru ar fi posibil prin adoptarea unor metode care se adresează atât individului, cât și lumii ca întreg, metode și măsuri care ar face viața mai bună pentru fiecare. Există însă și voci care spun că, dacă trăiești mai mult, vei avea și o bătrânețe lungă care vine cu limitările și dizabilitățile caracteristice ei, astfel că ar fi mai bine să se prelungească doar proporţia tinereții față de lungimea totală a vieţii. Această concepţie se bazează pe ideea că alterarea condițiilor de pe Pământ, chiar dacă ar duce la prelungirea vieții oamenilor, dăunează lumii ca întreg și, mai devreme sau mai târziu, s-ar întoarce împotriva vieții oamenilor, indiferent de vârsta lor. Aici este vorba de două concepţii diferite care s-au pus în antiteză de-a lungul istoriei: „*melorismul*“, care semnifică eforturile umane pentru a face lumea mai bună și ar duce la o prelungirea a vieții oamenilor, și „*apologismul*“, care condamnă orice încercare de modificare a condițiilor de pe Pământ și care susţine că prelungirea vieții nu este nici posibilă și nici dezirabilă.

Apologismul s-a caracterizat prin câteva teme care s-au prelungit din vechime și până astăzi: a trăi veșnic este o violare a legilor naturii și a ordinii divine, nemurirea în sine nu este nici posibilă, nici dezirabilă, iar bătrânețea și sfârșitul au logica lor.

Rădăcinile apologismului se identifică din cele mai vechi timpuri. Fascinant este că, încă de la prima poveste scrisă de oameni, povestea lui Gilgamesh, cu mai bine de 3000 ani î.Hr., se vorbește de dorința de imortalitate a oamenilor. Nu este extraordinar faptul că, de la prima poveste pe care au scris-o, oamenii au vorbit de nemurire? Povestea descrie eşecul lui Gilgamesh în a obţine secretele nemuririi, iar acesta sfârşeşte prin a accepta soarta inevitabilă a omului, viața temporară pe pământ. Hesiod, poetul grec care ne-a transmis cele mai multe dintre miturile Greciei Antice, spune și povestea lui Prometeu și a Pandorei, în care este vorba de faptul

că bătrânețea și moartea au fost aduse pe pământ de Zeus. Acesta a vrut să-l pedepsească pe Prometeu pentru aroganță și păcatul lui de a fi furat focul de la zei și a-l fi dat oamenilor, o metaforă prin care se sugerează că umilința și supunerea trebuie să fie în natura omului. Tot Hesion ne-a adus povestea *„vârstei de aur“* a omenirii. După el, există cinci *„epoci“* pe care omenirea le-a parcurs, începând cu epoca de aur, în care oamenii nu îmbătrâneau niciodată și trăiau fericiți până la moarte, apoi au urmat epocile de argint, de bronz, vârsta eroilor, ajungând la vârsta de fier, cea din contemporaneitate, când Zeus le-a destinat oamenilor o soartă din ce în ce mai „mizeră“, hărăzindu-le ca pedeapsă regresul și decadența printr-o bătrânețe urâtă și o moarte izbăvitoare.

În epoca romană, epicurianismul a promovat ideea că, dacă un om dezvoltă o atitudine potrivită față de moarte, atunci nu va mai avea frică de ea și va fi capabil să aibă o viață liniștită și plăcută. Tot atunci Cicero, remarcabil filozof și orator roman, considera că pierderea capacităților fizice, venită odată cu bătrânețea, este benefică pentru că face ca cei în vârstă să se concentreze asupra rațiunii și a virtuților prin cultivarea minții și a caracterului. Filozofii stoici insistau ca omul să învețe să se supună cursului naturii, să aibă o atitudine prin care să recunoască că sfârșitul individului este ceva natural și necesar pentru buna funcționare a universului. Mai târziu, religia creștină a insuflat aderenților ei credința că lungimea vieții este în mâinile lui Dumnezeu, iar moartea este atât o problema naturală, cât și o pedeapsă pentru păcatul originar.

Melorismul, ca ideologie de prelungire a vieții, atât prin schimbarea naturii omului, cât și a lumii din jur, are și el rădăcini istorice. Prima mărturie apare într-un papirus egiptean care include o rețetă pentru transformarea unui bătrân într-un tânăr.

În China Antică, preocupările legate de prelungirea vieții s-au reflectat în mișcarea taoistă. Taoismul a făcut din prolongevism o disciplină. El spune că natura este o singură forță, nu există diferență între spirit și materie, pentru că natura este unitară, ceea ce o poate face transformabilă. Să eviți pasiunea și senzualitatea, să trăiești modest și natural, să-ți cruți forțele, să dobândești

abilități care să-ți prezerve puterile, să înlături agresivitatea, vivacitatea sau căutarea scopului, să faci doar acțiuni care nu necesită efort, să cauți mereu nivelul cel mai de jos al energiei pentru a realiza o acțiune, să fii temperat, toate acestea compun rețeta care conduce la longevitate. Concepția taoistă de prelungire a vieții recomandă și unele exerciții, precum cele de respirație, de dietă, de gimnastică și de viață sexuală.

Alchimiștii au fost principalii propagandiști ai prolongevismului în civilizația vestului medieval. Așa cum alchimiștii au căutat să înlăture toate impuritățile care pot altera transformarea unui metal în aurul pur, așa și „*iatrochimiștii*" au căutat să obțină un elixir care să înlăture tot ceea ce ar face pe un om să îmbătrânească. Odată cu urbanizarea Europei, cu lupta pentru o apă potabilă, împotriva bolilor infecțioase și a unei alimentații sănătoase, a apărut curentul „*igeniștilor*", cei care au promovat rețeta unei vieți sobre, a unui stil de viață temperat și mai ales a unei diete alimentare sănătoase.

Epoca iluminismului și dezvoltarea ulterioară a medicinei au preluat ideile prolongevismului și le-au înlocuit cu cele ale progresului științific, care afirmă că viața omului se va prelungi pe măsura progresului științei în diferite domenii.

O altă clasificare a miturilor și a legendelor privitoare la prelungirea vieții și a tinereții veșnice este cea care le împarte în: i) legende antideluviene, ii) legende hiperboreene și iii) legendele fântânii tinereții veșnice. Legendele antideluviene sunt cele localizate înaintea potopului, când se crede că oamenii trăiau mult sau chiar veșnic și tinerețea dura toată viața. În legendele hiperboreene este vorba despre oameni care trăiau veșnic în regiunile perpetuu însorite ale extremului nord, iar în legendele fântânii tinereții veșnice este vorba de o apă vie care, după ce este băută, ar întoarce omul din bătrânețe și l-ar face nemuritor. Această „*apă vie*" este în mod metaforic căutată și astăzi în tot felul de extracte și poțiuni care pretind că sunt dătătoare de viață lungă și tinerețe-fără-bătrânețe.

La începutul secolului XX în Franța, în lumina tradițiilor filozofiei pozitiviste, a liberalismului și a progresismului, apare un curent care vedea prelungirea vieții ca fiind rezultatul unor condiții

sociale paşnice și prospere. Acum apar și metode de întinerire care se bazau pe interpretarea corpului ca o mașină care are nevoie de unele reparaţii şi rectificări; multe dintre aceste metode apelau la *„opoterapie"*, respectiv la administrarea de extracte de glande endocrine sau alte organe de proveniență animală. Ulterior, aceste idei de inițiere au căpătat un aspect integrativ *„holistic"*, schimbând focusul de la terapiile intervenţioniste, la ambianța socială și psihologică, la regimul de viață și igienă. În Germania începutului de secol XX se petrece același fenomen de trecere de la modele *„materialist-reducţioniste"* sau artificiale de reîntinerire și prelungire a vieţii, la unele *„naturale"* și *„holistice"*, la ceea ce se numea *„igienă macrobiotică"*, adică la un stil de viață natural, sănătos, care viza un echilibru între ingredientele esenţiale ale vieţii: aerul, apa, solul, soarele și alimentele cât mai neprelucrate. Ideea aceasta a căpătat o răspândire în lumea vestică și este destul să ne reamintim romanul *„Orizontul pierdut"* al lui James Hilton, roman care a făcut epocă între cele două războaie mondiale ale secolului XX și care vorbeşte de secretul unei longevități extraordinare, secret care constă în anumite elemente naturale și în izolarea de influențele nocive ale vieţii moderne la toate nivelele: fizic, mintal și spiritual.

Deși pentru majoritatea dintre noi pare rațional să acceptăm că îmbătrânirea este expresia unei logici biologice și că viața are o limită pentru toate ființele, rămânem în secret avizi după orice descoperire științifică care ne promite mai mult. Rămânem mereu cu mintea în tensiunea dintre mortalitate și imortalitate. Astăzi, biogerontologia este cea care ne promite remedii antibătrânețe, care ne face să sperăm într-o viață mai lungă.

În urmă cu un secol, se putea crede că, dacă celulele organismului au tot ce le trebuie, ele se pot diviza la nesfârșit, sunt nemuritoare. Apoi s-a constatat că celulele îmbătrânesc și mor. Astfel, Hayflick și Moorhead, geneticieni de renume, au arătat că celulele normale nu se pot diviza la nesfârșit și cu cât această limită este mai mare, cu atât ființele trăiesc mai mult. La șoareci, această diviziune este limitată la 15 cicluri și ei trăiesc în jur de 3 ani, la găini diviziunea este limitată la 25 de cicluri și trăiesc în jur de 12 ani,

iar la broasca țestoasă din Galapagos limita este de 110 diviziuni și lungimea vieții sale este de peste 100 de ani. La om, numărul mediu de diviziuni celulare este de 50. Totuși, sunt și celule care se divid la nesfârșit, așa-numitele „celule HeLa“ (abrevierea numelui unei femei de la care s-au recoltat), celule care erau de natură canceroasă. Cu toate acestea, nu toate celulele canceroase se pot divide la nesfârșit, însă tipul HeLa are această proprietate. Ce fel de mutații s-au petrecut la acest tip de celule canceroase, încât au devenit nemuritoare? Răspunsul se găsește în informația stocată în cromozomii din nucleul acestor celule, cromozomi care conțin informația după care viața unei celule se derulează. În cazul procesului canceros, se produc modificări ale acidului dezoxiribonucleic (ADN), care conține informația genetică și care modifică controlul normal al diviziunii celulare. Celulele canceroase se multiplică rapid și tumora se dezvoltă în volum ,ducând la moartea organismului gazdă prin tulburări consecutive acestei creșteri monstruoase. Toate aceste date științifice au arătat că, deși există potențialul ca celulele noastre să devine nemuritoare, organismul întreg nu va tolera aceasta și va muri mai repede decât este prescris în informația genetică originară a celulelor.

ADN-ul unei specii este nemuritor pentru că el conține informația după care fiecare generație seamănă cu cea anterioară, dar el conține și informația după care fiecare generație moare pentru a lăsa loc alteia. Olshansky și Carnes, autorii unei cărți care a făcut epocă, *The Quest for Immortality* (În căutarea nemuririi) spuneau că: „*Genele sunt cele nemuritoare, nu corpurile care le transportă. Genele, ultimii călători în timp, depășesc timpul care determină limitele impuse corpurilor noastre muritoare*“.

Mulți cercetători au considerat că bătrânețea se datorează acumulării treptate de erori pe care trecerea timpului le aduce ADN-ului, ducând în final la schimbări degenerative care sunt incompatibile cu viața. Dar această ipoteză s-a dovedit falsă, pentru că ADN-ul conține instrucțiuni pentru fabricarea unor enzime care repară orice deteriorare și neutralizează orice agent potențial nociv. Viața la nivelul acesta este reprezentată de o bătălie continuă între

forțele care tind să deterioreze ADN-ul și mecanismele care caută să-l repare. Sfârșitul natural al unei ființe este reprezentat de însăși derularea nealterată a informației genetice.

Este bine să înțelegem și să acceptăm că opoziția dintre mortalitate și imortalitate nu este plasată numai la nivel molecular și celular, ci ea se regăsește peste tot, în corpul și în mintea noastră.

După 200.000 de ani, în care durata de viață a omului a fost puțin schimbată, iată că, începând din secolul al XIX-lea, se constată o creștere progresivă, constantă, a acesteia. În Grecia Antică speranța de viața era în medie de 17 ani ca să crească în Roma Antică la 20 de ani. În Anglia secolului al XVI-lea speranța de viață ajunsese la 33 de ani, iar în Statele Unite era de 33,5 ani în 1790. În anul 1990, speranța de viață din țările vestice ajunsese la 61 de ani. În ultimile decenii, se constată chiar o creștere accelerată a duratei de viață. Este legitim să ne întrebăm de ce s-a petrecut acest fenomen? Am reușit într-adevăr să prelungim viața? Prolongeviștii sunt pe cale să aibă dreptate în ideile lor?

Analize recente ale datelor demografice din țările vestice au arătat că, începând din anii 1960, se asistă la un declin al ratelor de mortalitate, aproximativ de 1-2% pe an, ceea ce a condus la creșterea ponderii persoanelor de peste 80 de ani. În perioada 1950-1990, numărul octogenarilor a crescut de patru ori, numărul nanogenarilor de opt ori și al centenarilor de 10 de ori. În anul 1902 speranța de viață a oamenilor de peste 65 de ani din SUA crescuse cu 12 ani, iar în 2005 speranța de viață la acest grup de vârstă crescuse deja cu 18,7 ani. Tot în SUA, proporția persoanelor de peste 65 de ani s-a triplat între 1900 și 2000, iar predicția este că, în 2030, oamenii de peste 65 de ani vor reprezenta 20% din totalul populației.

Andersen-Ranberg și Jeune (2006) fac o analiză a bătrânilor de peste 100 de ani din Danemarca. În anul 1870, în Danemarca existau 3 oameni cu vârsta de peste 100 de ani, în 1950 erau în jur de 20, iar în 2006 ajunseseră să fie 500 de centenari. Autorii au intervievat 207 dintre aceștia și au constatat că mai mult de jumătate trăiau în cămine de bătrâni și numai 34% locuiau în casa lor, 72% dintre ei aveau boli cardiovasculare (hipertensiune arterială,

cardiopatie ischemică, fibrilație atrială, insuficiență cardiacă cronică), 10% aveau diabet și doar 25% nu aveau semne de deteriorare cognitivă, adică semne de demență. Aproape 95% din lotul de 207 de centenarieni luau medicamente prescrise de doctor pentru diferite probleme medicale. În privința capacității de a funcționa independent, 4/5 dintre ei erau dependenți de diferite tipuri de ajutor extern și doar 1/5 erau independenți pentru activitățile de zi cu zi.

S-au identificat pe glob mai multe zone unde se găsesc din abundență oameni peste 90 sau chiar 100 de ani. Astfel, Abzahia, o regiune din Caucaz, valea Hunzakut din Pakistan, Vilcabamba din Ecuador sau diferite locuri din jurul Mediteranei au căpătat renumele de zone cu oameni longevivi. S-a mai constatat și o creștere simțitoare a numărului de centenari în Japonia, America de Nord și Scandinavia. S-au căutat tot felul de explicații, începând de la mediul geografic, la alimentație, ritualuri ale vieții de zi cu zi și tradiții de tot felul. Nu s-a putut face nicio corelație care să fie puternic semnificativă. John Rowe și Robert Kahn de la Fundația McArthur de studiu al bătrâneții din Statele Unite au strâns laolaltă rezultatele cercetărilor făcute de 16 oameni de știință din diferite domenii care au studiat aproape 1000 de persoane care au îmbătrânit armonios și au atins vârste venerabile. Aceștia au găsit că ceea ce a corelat cu vârsta înaintată a fost mai mult menținerea unui nivel ridicat de activitate fizică și intelectuală decât o dietă particulară sau consumarea unor suplimente nutritive. Un experiment natural poate fi considerat cel al populației din Okinawa, insulă din arhipelagul nipon care are cel mai mare procent de populație de peste 100 ani de pe glob. Doctorul Andrew Weil a făcut trei călătorii în această insulă și a constatat că oamenii din acel loc trăiesc într-un paradis tropical, cu plaje cu nisip alb, înconjurate de o mare turcoaz, au o dietă diferită de a japonezilor, cu puțină sare, mult porc, mult tofu (un fel de brânză obținută din coagularea laptelui de soia), alge brune, cartofi dulci și tot felul de condimente locale, la care mai adaugă mult ceai de flori de iasomie și, din când în când, o băutura alcoolică obținută din distilarea orezului fermentat; sunt activi fizic până la vârste înaintate și pun mult preț pe a fi împreună

cu alții. Obezitatea este foarte rară, la fel ca și hipertensiunea arterială sau ateroscleroza.

Se spune că înțelegerea și promovarea longevității și a bătrâneții sănătoase reprezintă una dintre industriile bănoase care se dezvoltă cel mai rapid. Aceasta este de la sine înțeles dacă se ia în considerare interesul aproape unanim al oamenilor în vârstă și ponderea lor în creștere din țările industrializate. Se consideră că longevitatea nu are un element determinant, ci este rezultatul coroborării unei multitudini de influențe care pot fi grupate în: factori sociali, precum educația, stilul de viață rațional, prosperitatea, economia de piață, promovarea valorilor pozitive, creșterea ponderii muncii înalt calificate în defavoarea celei manuale, promovarea activității fizice recreaționale, și factori biologici, precum reducerea cantității de sare, alimentația hipocalorică, combaterea malnutriției sau a obezității, vaccinarea și lupta contra infecțiilor, combaterea bolilor cronice metabolice etc.

În funcție de vârsta la care acești factori acționează, ei pot fi grupați în: i) factori distali, care acționează încă de la vârste tinere și afectează indirect longevitatea (de exemplu, vaccinarea) și ii) factori proximali, care afectează direct longevitatea (de exemplu, bolile cardiovasculare care determină mortalitate ridicată încă de la vârstă medie).

Progresele medicinei, ale igienei comunale, ale calității aerului, apei și alimentelor, și îmbunătățirea calității vieții în toate aspectele ei au condus la prevenirea cauzelor de deces de la vârste tinere și la mutarea cauzelor mortalității de la vârste tinere și adulte la vârste mai înaintate. Se consideră că cele mai puternice influențe le-au avut descoperirea insecticidelor, a vaccinurilor, a antibioticelor și a varietăților selecționate de cereale. Se asistă la tranziția de la mortalitatea dată de bolile infecțioase la cea dată de bolile degenerative cronice, în special cele cardiovasculare, tranziție care a mutat accentul de la aspectele de igienă generală la stilul de viață individual. Olshansky, voce autorizată a gerontologiei moderne, consideră că omenirea a străbătut patru stadii de tranziție până în prezent:

i) stadiul epidemiilor și al foamei;
ii) stadiul de stăpânire a epidemiilor;
iii) stadiul bolilor degenerative;
iv) stadiul prezent, cel de amânare a apariției bolilor degenerative.

Dacă în urmă cu doar câteva decenii, 80-90% dintre decese se produceau până la vârsta de 65 de ani, astăzi, în medie, doar 30-50% dintre decese se produc până la 85 de ani, ceea ce explică creșterea exponențială a longevității.

Au existat teorii după care bătrânețea și moartea sunt prescrise genetic, evoluționist, tot așa cum este prescrisă și dezvoltarea individului pentru a ajunge la vârsta reproducerii. Mai există și teoriile care spun că bătrânețea și moartea nu sunt decât un produs „secundar" al schimbărilor interne ale organismului care trece prin viață și care acumulează efectele unor factori nocivi. Îmbătrânirea și moartea nu sunt programate genetic, ele nu sunt înscrise în biologia noastră, iar sănătatea și lungimea vieții sunt modificabile prin comportamente sanogenetice, intervenții medicale și tehnologii biomedicale.

Ideile oamenilor de știință de astăzi privind longevitatea pot fi grupate în trei categorii (după Olshansky, 2011):

i) „*futuriștii*", care spun că speranța de viață va crește dramatic la peste o sută de ani și mai mult, iar oamenii tineri de astăzi vor prinde acest orizont; aceasta se bazează pe tehnologiile anti-bătrânețe, care sunt în expansiune, și a „*medicinei regenerative*" care, împreună, oferă speranță pentru o viață lungă și lipsită de inconvenientele bătrâneții;
ii) „*optimiștii*" pornesc de la constatarea creșterii constante a vârstelor înaintate în ultimele două secole; ei nu se bazează pe tehnologii specific anti-bătrânețe, ci pe extrapolarea datelor demografice care arată creșterea longevității în toate societățile, dincolo de diferențele în dezvoltarea economico-socială;
iii) „*realiștii*" spun că există forțe contrarii, unele favorabile, care cresc speranța de viață, dar și altele, nefavorabile, care tind să o descrească, și că din această competiție pot rezulta diferite cifre

de longevitate; dintre factorii care ar putea conduce la creşterea longevităţii ar putea fi menţionaţi progresele ştiinţelor biomedicale şi controlul din ce în ce mai bun al bolilor degenerative, precum diabetul sau bolile cardiovasculare. Dintre cei nefavorabili se menţionează creşterea rezistenţei microbilor la antibiotice, creșterea prevalenței obezității și poluarea.

Indiferent de teoria la care aderăm, speranța de viață este în creștere, iar a trăi mai mult nu mai este o dorință deșartă și de această tendință se vor bucura cei mai tineri dintre noi. La aceasta trebuie să adăugăm că longevitatea nu este numai un produs „extern“, adus de tehnologie şi profesionişti, ci şi rezultatul unui comportament „individual“ proactiv. Cu multe decenii în urmă, se spunea că demografia este destinul nostru pentru că aveam un control slab asupra viitorului. Astăzi, învățăm din ce în ce mai mult și mai bine despre felul cum trebuie să ne administrăm viața, cum să gestionăm ceea ce ne este favorabil sau nociv și, astfel, am câștigat pentru prima oară în istoria milenară a umanităţii capacitatea de a ne construi viitorul și de a influența lungimea vieţii noastre. Iată de ce este necesar să știm din timp cum să îmbătrânim frumos, activ și în concordanță cu valorile noastre.

4. Cine este bătrân și cine spune asta?

4.1. ÎN PRIMUL RÂND, EU ÎNSUMI...

Când mă întâlnesc cu alții în locuri publice, trec de multe ori fără să îi privesc realmente, alteori mă uit cu curiozitate la felul cum arată, cum sunt îmbrăcați și încerc să-mi închipui ce fac și ce gândesc. Vârsta este însă un criteriu inconștient pentru felul cum îi interpretez pe cei pe care îi văd. Corelez instantaneu vârsta posibilă cu poziția corpului, mersul, fizionomia, îmbrăcămintea și chiar cu ceea ce cred că ar face și ar gândi acea persoană cu care mă intersectez. Lucrurile devin și mai precise atunci când mă opresc și stau cu cineva de vorbă sau în cazul unui cunoscut mai vechi sau a unui membru de familie. Și astfel îi interpretez pe ceilalți în funcție de vârstă și descopăr că unii dintre noi sunt „bătrâni", au mai îmbătrânit de când nu i-am mai văzut sau că, în comparație cu ei, eu sunt mai bătrân.

De obicei, apelativul de bătrân îl dăm acelora dintre noi care au o vârstă înaintată și criteriul acesta este foarte personal. De cele mai multe ori este în funcție de vârsta fiecăruia. Când eram mai tânăr, îi identificam pe mulți dintre ceilalți ca bătrâni, dar, când am mai înaintat în vârstă, am devenit mai parcimonios în a-i numi pe alții „bătrâni" până în momentul în care m-am „predat" și mă consider pe mine însumi bătrân. Din acel moment, toți ceilalți au devenit „tineri" sau „mai tineri".

Aş putea spune că fiecare dintre noi avem criterii personale pentru a spune că cineva este bătrân şi că aceste criterii țin în mare parte de vârsta celui care judecă. Apoi mai este ceva dincolo de credința a ceea ce înseamnă să fii bătrân, mai contează şi cât de mult accept bătrânețea ca ceva care vine înspre mine. Eu ştiu că anii trec şi se adună în mine, de multe ori nu-mi pasă, de multe ori nu mă gândesc la asta, dar vine un moment când trebuie să mă uit direct la problema aceasta, chiar dacă nu vreau. Au apărut cute pe față, mici slăbiciuni, unele inconveniente venite ca din senin, trebuie să port ochelari, nu mai pot fi primul în multe privințe, într-un fel am pierdut şi trebuie să las locul altora, într-un cuvânt, trebuie să accept că s-au adunat ani pe care nu-i prea număram. E ca şi cum m-aş fi predat într-o bătălie cu un duşman care învinge totdeauna, timpul! Atunci am acceptat că sunt „în vârstă", indiferent dacă mă simt sau nu aşa, indiferent dacă îndeplinesc criteriile mele pentru aceasta, încep să mă compar cu anumite standarde, să mă compar cu alții, să văd cum stau. Dacă până atunci nu eram prea atent la oamenii bătrâni, iată că acum văd unul. Iată de ce eu pot fi primul sau ultimul care poate spune despre mine că sunt bătrân, în funcție de cât de mult accept sau simt aceasta sau în funcție de criterii independente de mine şi care mă fac să accept că sunt în vârstă. În concluzie, eu îmi voi spune că sunt bătrân atunci când mă simt sau atunci când voi crede că arăt bătrân...

4.2. APOI ALȚII DIN JURUL MEU...

Cei din jurul meu sunt membri de familie, prieteni apropiați, oameni cu care împart timpul liber sau cu care mă văd des la serviciu sau în vecinătate. Aş putea spune că sunt „familiarizat" cu aceştia, nu trebuie să adopt niciun fel de atitudine formalistă, pot să mă prezint în fața lor fără să pun *„o mască"*. Eu cred că ştiu bine cine sunt ei şi ei ştiu bine cine sunt eu. Chiar dacă am lucruri pe care le țin doar pentru mine, imaginea mea le-o dezvălui fără să am un sentiment de pudoare. Sunt sigur că între noi ne privim cu destulă

simpatie pentru a ne accepta așa cum suntem. Știu asta din zâmbetul cu care ne întâmpinăm, din cuvintele prietenoase pe care le schimbăm, din ceea ce ne dăm unii altora în ocazii foarte diverse. Într-un cuvânt, mă simt bine cu ei. Nu am sentimentul de penibil, de jenă, nu îmi vine să ascund defecte sau slăbiciuni, pot fi cine sunt eu. Cu oamenii din jurul meu am diferite lucruri pe care le fac mai des, cu unii mă văd în familie, cu alții la sport sau alte activități distractive, cu unii mă văd în fiecare zi la serviciu, cu alții după masă când muncesc în jurul casei. Unii sunt mai tineri, iar alții sunt mai în vârstă, dar am constatat că aceasta nu prea contează când este vorba de oamenii din jurul meu. Ei mă acceptă așa cum trece vremea, poate pentru că mă văd în fiecare zi, nu știu. Pot spune chiar că este mai ușor să îmbătrânești printre acești oameni decât cu tine însuți. Ba mai mult, ei mă fac să mă simt fără vârstă sau uneori mai tânăr decât sunt. Am căutat o explicație la toate acestea și cred că cea mai aproape de adevăr este sentimentul de familiaritate și de firesc ce-l împărtășim și a îmbătrâni este un lucru firesc atunci când timpul trece împreună cu alții. În concluzie, oamenii din jurul meu nu vor vedea în mine un bătrân pentru că relațiile dintre noi sunt bazate pe toleranță, incluziune și participativitate și pentru că toți suntem sub același ceas...

4.3. SOCIETATEA...

Societatea este reprezentată de un grup de oameni care stau împreună prin împărtășirea unor reguli, legi și norme care sunt formulate, consimțite și uneori impuse celor ce trăiesc în ea. Ele izvorăsc din considerente religioase, morale și din ideologii politice și au ca scop declarat bunăstarea și siguranța membrilor ei. Funcționarea societății este asigurată de oferirea unor roluri și statute pe care membrii ei le obțin în principal pe baze educaționale și concurențiale. Aceasta reprezintă unul dintre motivele stratificării sociale, alături de alte criterii „ascunse" precum cele legate de sex, statutul marital, domiciliu și nu în ultimul rând, vârstă.

Dar dincolo de toate acestea, există un criteriu sintetic care măsoară gradul de participare şi incluziune în societate, „*activitatea*“. În măsura în care un individ este implicat într-o activitate socială, în aceeaşi măsură el este considerat un membru activ și important al societății în care trăiește. A fi activ înseamnă să posezi o abilitate fizică și intelectuală suficientă pe baza căreia să poți participa și funcționa într-o activitate socială oarecare. Aceasta îți conferă un statut și o recompensă materială care generează un anume nivel de autonomie sau independență socială. Oricât ar părea de crud și nedrept, autonomia socială este un deziderat care presupune o anume capacitate fizică, intelectuală și financiară. Abordarea acestui aranjament social face ca oamenii să fie foarte atenți în a-și păstra această capacitate și a o pune în lumină ori de câte ori au prilejul.

Cu toții înțelegem ceea ce înseamnă să faci parte din societatea în care trăim, cu toții ne declarăm adeziunea la unele aspect ale ei și opoziția la altele. Dar există un lucru cu care suntem cu toții de acord și anume strădania de a face parte activ din ea, adică de a avea un rost și de a ne bucura de roadele acestuia. Există un joc pe care îl practicăm zi de zi, în care ne arătăm „mușchii“, calitățile pe care dorim să le deprindem, cele pe care deja le avem și locul pe care l-am dobândit sau l-am putea dobândi datorită lor. Uneori, ne prezentăm prin statutul social pe care-l aveam și spunem că suntem profesori, doctori, ingineri sau altceva, alteori suntem mândri de locul unde lucrăm sau de fructele muncii noastre, de casele sau mașinile pe care le avem și mai ales căutăm să păstrăm acest statut sau chiar să obținem unul mai înalt. Pentru aceasta, avem diferite strategii, în principal educative și formative, strategii care depind de vârstă. Astfel, avem vârsta de a merge la școala primară, la liceu, când ne luăm bacalaureatul sau când mergem la o școală de meserii, vârsta de la care putem să ne angajăm în câmpul muncii etc. Dar cea mai la îndemână strategie este să ne prezervăm ceea ce deja avem, capacitățile fizice și cele mintale și, implicit, funcționalitatea și autonomia. Grija aceasta, care la tinerețe este aproape inexistentă, creşte odată cu vârsta și trădează credința noastră că anii vor eroda cu încetul funcționalitatea ce o avem în prezent. Această

credință este susținută de faptul că există o clasificare socială care împarte oamenii conform vârstelor și care se reflectă în normele, scrise sau nescrise, după care oamenii se îmbracă, au obiceiuri alimentare, locuiesc, merg la programe educaționale, obțin locuri de muncă, accesează diferite oportunități, se distrează sau solicită stipendii. Aceste cutume vorbesc despre faptul că tinerii sunt de cele mai multe ori favorizați, iar bătrânii sunt de cele mai multe ori defavorizați. Atitudinea față de bătrâni este generată de tendința socio-culturală de a face separație între tineri și bătrâni, între ceea ce e nou și ceea ce e vechi, de tendința formării de rețele sociale separate pentru tineri și bătrâni, de promovarea de expresii culturale și expresii instituționale diferite în funcție de vârstă, de catalogarea capacităților și a potențialităților în funcție de vârstă. Această diferențiere se reflectă foarte bine în discursul public despre bătrâni, care exprimă diferite stereotipuri sociale negative precum percepția bătrânilor ca persoane uituce, rigide, cu competență și productivitate scăzute, și cu o condiție fizică în declin, care vor ajunge mai devreme sau mai târziu să depindă de ajutorul instituțiilor statului. În felul acesta, bătrânii sunt fixați într-o zonă aparte a societății, ceea ce permanentizează stigmatizarea, segregarea, prejudiciul și, în final, abuzul. În anul 1969 Robert Butler introduce termenul de *„ageism“* (derivare de la cuvântul *age*, „îmbătrânire“ în limba engleză), care denumește procesul de discriminare sistematică pe bază de vârstă. El definește ageismul ca o alterare în sentimentele, credințele sau comportamentele față de un individ sau grup în funcție de vârstă. Se poate spune că nu există o societate, oricât de tolerantă ar fi, în care să nu se recunoască un anume grad de ageism. Setarea unei vârste de pensionare este expresia ageismului, pensionare care înseamnă excluderea din câmpul muncii a unui grup de oameni în funcție de vârstă.

Dintre toate cele de mai sus se înțelege că oamenii nu prea vor să fie văzuți, identificați și apoi clasificați ca bătrâni în societatea în care trăiesc. Societatea le spune lor cât de bătrâni sunt! Aceasta duce în cele mai frecvente cazuri la un prejudiciu, atât ca imagine, cât și ca statut. Aici se poate regăsi originea eforturilor din ce în ce mai

concentrate ale oamenilor de a arăta mai bine decât vârsta lor, de a utiliza toate resursele științifice de a preveni declinul capacităților lor, de a rămâne cât mai mult timp înserați într-un statut social care să amâne trecerea lor într-o categorie de vârstă indezirabilă lor.

4.4. LUMEA LARGĂ...

„*Lumea largă*“ este lumea care este așa cum este. Nu am ales-o, ba chiar pot spune că ea m-a ales pe mine să trăiesc în ea. Este lumea față de care nu am niciun control, este lumea care îmi impune câteva cerințe la care mă adaptez sau nu, în care cred sau nu, ea este locul în care mă desăvârșesc sau eșuez, ea este contextul material și spiritual în care trăiesc. Cu toate acestea, în lumea largă sunt înconjurat de „*străini*“, de oameni pe care nu-i cunosc. Deși cu toții încercăm să punem o ordine în ea, lumea largă are o singură lege, cea a dezordinii, a sorții și a întâmplării, oricărui eveniment i se poate atașa doar o probabilitate, un singur lucru este sigur, unii intră în această lume, iar alții ies din ea. Totuși, lumea aceasta este „*casa mea*“, aici trăiesc și voi mai trăi cât timp mi-e dat, deși mai am o „casă“ mai mică, cea din interiorul meu, acolo unde am strâns ceea ce vreau să fiu, credințele, visele, speranțele și unele lucruri care mă despart de alții. În această casă mare vreau să mă simt bine, să fiu confortabil, să fiu în siguranță și acestea depind de cât de mult înțeleg și accept lumea în care trăiesc. A „*fi acasă*“, a te simți familiar în această lume, înseamnă să fii așa cum vrea ea sau cum ești tu? Să fii congruent cu lumea din afara ta sau cu cea dinăuntrul tău? Pentru majoritatea covârșitoare dintre noi a fi acasă înseamnă să fii autentic, adică să poți să te arăți așa cum ești în fața ta și a altora, fără să dorești să te ascunzi, să eviți sau să disimulezi. Lumea din afara ta pare suficient de familiară pentru a te dezvălui sau trăiești sentimentul de a te ascunde pentru a nu fi identificat ca inadecvat? De multe ori mă îmbrac cum cred că ar vrea lumea, încerc să arăt cum cred că ar vrea lumea, mă uit în oglindă, nu pentru mine, ci pentru ea, pentru că vreau să fiu acceptat. A fi acceptat

înseamnă și să fii ca toți ceilalți, adică anonim. Acest sentiment de a fi anonim este marele avantaj pe care ți-l oferă lumea largă. Când ieși în evidență, ești o problemă.

Dar într-o zi constat că nu mai sunt ca înainte, că nu mai arăt ca înainte, *„anii strânși m-au însemnat“* și primele lucruri care mă trădează sunt corpul și fața mea. Astfel, au apărut cute la colțul ochilor și pe frunte, colțurile gurii au început să fie lăsate în jos, des aplec capul în jos, la fel și umerii care par îndoiți, mersul este sfios și lent, talia nu mai este așa suplă, pielea mi-e uscată... Din momentul acela, atenția mea începe să fie mai focusată pe mine, încep să mă observ și să-mi pese mai mult de ceea ce cred sau gândesc alții despre mine. Dintr-o dată, parcă mi-am pierdut ceva din anonimatul pe care îl aveam în lumea largă! Dar ce s-a întâmplat cu mine? De ce sunt așa de sensibil la modificările pe care le-a adus vârsta? Sunt convins că sunt și oameni cărora nu le pasă, cărora vârsta nu le strică confortul de a se arăta așa cum sunt. Primul lucru care m-a atins a fost faptul că nu mai arăt ca înainte! Am credința că vârsta aduce caracteristici indezirabile pentru mine precum slăbiciune, neajutorare, urâțenie... și m-am trezit că tind să pun mare preț pe autoprezentare și că sunt foarte sensibil la felul cum mă văd alții, chiar dacă nu mă cunosc.

Pot spune că mă văd prin ochii altora. Aceasta mă face extrem de vulnerabil la experiența de rușine și jenă și am tendința de a mă retrage sau de a evita situații în care aș putea fi în vizorul altora. Am încercat să maschez toate acestea, mă îmbrac mai tinerește, mă tund mai tinerește, mă duc la sala de fitness mai des, îmi controlez cu atenție greutatea, am început să fiu atent la tot felul de remedii naturiste de care altădată râdeam, dar totuși am sentimentul că ceilalți știu cine sunt, ce vârstă am, parcă aș fi transparent. Totul devine ca și cum aș fi pierdut ceva din reputația și prestigiul meu de până acum, pentru că mult din acestea țineau în opinia mea de felul cum arătam. Pe de altă parte, mi-e teamă că, dacă o să arăt bătrân, o să fiu rejetat și exilat într-o margine a lumii în care trăiesc.

Am constatat că, deși par diferit, deși mi-e teamă că voi putea fi identificat ca bătrân, eu rămân totuși anonim pentru că lumea

cea largă te înghite în sumedenia de chipuri, de înfățișări, în haosul ei. Totuși, sunt atât de mulți alții ca mine! Lumea largă îmi oferă anonimitatea care mă face să fiu confortabil cu ceea ce sunt. În lumea largă, mă voi simți mai greu bătrân, pentru că am sentimentul că mă topesc în lumea de chipuri de vârsta mea, nimeni nu mă cunoaște atât de mult, încât să-mi lipească acest apelativ.

Cu toate acestea, dintre vocile care ar putea să-mi spună că sunt bătrân, vocea societății este cea mai neiertătoare, ea clamează prima că sunt bătrân. Vocea mea, vocea celor din jurul meu sau vocea lumii sunt mai blânde, moi, șoptite, de cele mai multe ori doar de mine auzite. În ciuda eforturilor mele, vocea societății îmi va aminti mereu ce vârstă am, pentru că ea îmi număra cel mai exact anii. De când mi-a eliberat certificat de naștere, societatea îmi ține socoteala vârstei pe care o am, ea nu are subiectivisme, ci doar numără și ia decizii în consecință!

5. Ce este bătrânețea

Deşi toată lumea înțelege bătrânețea, este foarte greu de dat o definiție la care să adere toată lumea. Mai ales, există o diferență notabilă între ce cred oamenii obișnuiți despre ea și cum o definesc oamenii de știință. Societatea are nevoie de aceste definiții pentru a avea o certitudine *„științifică“* pe baza căreia să includă persoana în categoria de *„bătrân“*, să legitimeze anumite drepturi sau să exonereze o persoană de la îndatoriri sau obligații datorită apartenenței la o vârstă oarecare.

5.1. DEFINIȚIA POPULARĂ A BĂTRÂNEȚII

Prin *„definiția populară“* înțelegem aici o concepție largă, o credință comună, profană, neştiinţifică, percepută ca de înțeles pentru orișicine, concepție care aparține *„bunului simț“*. Concepția este *„laică“*, adică implicită, de la sine înțeleasă, este luată de bună și întrețesută cu alte credințe pe care oamenii le împărtășesc tacit în viața de toate zilele și nu are nevoie de justificări sau experimente științifice, pentru că este istoric formată și unanim împărtășită. Astfel, oamenii dau sens existenței lor comune și lumii în care trăiesc. Ea izvorăște atât din experiența comună, cât și din ideile religioase și din credințele, tradițiile și ritualurile păstrate de-a lungul generațiilor. Aceste credințe laice furnizează atât o explicație, cât și un suport atitudinal, funcțional, pe baza cărora oamenii își ghidează comportamentul, opțiunile și dobândesc o schemă sau

un scenariu după care lumea este interpretată și înțeleasă. Ele mai mult constată și recadrează un fenomen în viața de toate zilele, decât îl explică. Deși considerate profane, concepțiile laice sunt într-un permanent dialog cu cele științifice, însă ele se schimbă în măsura în care datele științifice se trivializează și ajung să fie preluate în înțelegerea de bun-simț al vieții de zi cu zi. Astfel, există un decalaj destul de mare între apariția unei explicații științifice a unui fenomen și momentul în care el este preluat de concepția laică asupra acestuia.

Definiția bătrâneții în concepția laică ține cont de relația dihotomică minte-corp. În timp ce la bătrânețe corpul se schimbă, el fiind receptaculul a o mulțime de probleme fizice, începând cu aspectul și terminând cu problemele de funcționare, persoana care îmbătrânește este localizată în minte. Individul este bătrân în măsura în care mintea lui este bătrână, și nu corpul. Corpul poate să-l trădeze pe individ la orice vârstă, pe când mintea are o evoluție care ține realmente de vârstă. Iată că în definiția laică a bătrâneții, contrar celei științifice, accentul este pus pe persoană și nu pe corp. Definiția laică a bătrâneții afirmă că aspectul exterior se modifică, dar persoana în sine rămâne aceeași; bătrânețea este doar o „*deghizare*“ a persoanei într-un anume ciclu al existenței.

Mintea este cea care determină sensul vieții unui individ, și nu corpul. Iată de ce în cultura populară bătrânul este descris mai mult în termenii funcționării psihologice și mai puțin în termenii înfățișării biologice. Astfel, el este descris ca fiind mai mult orientat spre religie, bunăvoință, tradiție, conformitate sau siguranță. Pentru oamenii obișnuiți, bătrânețea este construită din mii de mici crâmpeie de viață și din așteptările referitoare la interacțiunile cu generația mai tânără și cu cei de aceeași vârstă. Astfel se evită focusul implicit asupra vârstei cronologice și a declinului fizic. A fi bunic și a avea un rol în familia de origine, a se întâlni cu cei de aceeași generație sunt lucrurile cele mai importante pentru un bătrân. Construcția laică a bătrâneții vrea să înlocuiască demarcațiile „*științifice*“, care sunt bazate pe atribute negative și pe ideea că bătrânețea este un moment nedorit al existenței.

Se poate aduce aici un amendament legat de interpretările nuanțate între urban şi rural. În timp ce în rural definiția tradițională, de care vorbeam mai sus, se menține grație spiritului patriarhal care încă domină satul românesc, la oraş, unde relațiile interumane se aşază mai mult pe competiție decât pe întrajutorare, bătrânețea începe să fie descrisă din ce în ce mai mult în termeni corporali, fizici, de deficit și uzură, în detrimentul celor legate de persoană.

Se mai poate discuta și faptul că constructul laic al bătrâneții cunoaşte ambivalența şi chiar ipocrizia cu care se vorbeşte de bătrâni în spațiul public. Se poate vedea că, în limbajul laic, bătrânețea este definită în multe situații în opoziție cu tinerețea. Astfel, se identifică amestecul de onestitate cu ipocrizie între expresia *„cine n-are bătrâni să și-i cumpere*“ şi imaginea bătrânului ursuz, cârcotaş şi avar, totul depinzând de locul unde pune ancora cel care vorbeşte: în caracteristicile spirituale ale bătrânului sau în cele apărute ca reflex al tendinței de a-i ironiza pe bătrâni.

Deşi în mişcare, se poate spune că definiția laică a bătrâneții vorbeşte de ea nu ca un sfârşit al vieții materiale, ci ca un stadiu al vieții încă plin de înțeles şi îndatoriri orientate spre ceilalți.

5.2. DEFINIȚIA ŞTIINȚIFICĂ A BĂTRÂNEȚII

Spre deosebire de definiția laică, populară, cea științifică este explicită, formală, solicitând o formulare bazată pe evidențe raționale şi experimente. Ea este testabilă, precisă, coerentă, consistentă şi logică. Cu toate acestea, strădaniile de până acum nu au adus o definiție unitară a bătrâneții. Astfel, putem avea o definiție medicală, una cronologică, una funcțională, una socială şi o definiție compusă, eclectică. În cele de mai jos, o să expun pe scurt dezbaterile cu privire la criteriile pe baza cărora se poate formula o definiție acceptabilă a bătrâneții.

Ştiințele biologice, mai precis biogeriatria, văd bătrânețea ca o infirmitate, o boală sau o dizabilitate, iar procesul de îmbătrânire

ca fiind inerent vieții. De aici corolarul că viața nu poate fi prelungită în mod semnificativ, respectiv că nu există și nu vor exista remedii contra îmbătrânirii. La începutul secolului XX, Minot spunea: „*Organismele sunt create tinere și prin dezvoltare ajung bătrâne. Îmbătrânirea este o caracteristică a materiei vii și, atât cât se știe astăzi, fără pereche la materia nevie. Ea este o trăsătură esențială a vieții și se exprimă în mod obișnuit printr-o pierdere graduală a capacității funcționale a organismului, ducând în final la moarte*“. După 50 de ani, Robert Arkin, în cartea sa mult citată, *The Biology of Aging: Observations and Principles* spunea că „*noi definim bătrânețea ca o serie de schimbări funcționale și structurale cumulative, progresive, intrinseci și destructive, independente de timp și care în mod uzual devin manifeste la maturitate și culminează la bătrânețe și moarte*“.

Există astăzi consensul că procesul de îmbătrânire este o realitate biologică care are dinamica lui proprie și care este în mare măsură în afara controlului uman. Acest proces stă la baza înțelegerii noastre despre bătrânețe, înțelegere de care societatea are nevoie pentru a da o definiție a ceea ce înseamnă bătrânețe și cine este bătrân.

Medicina construiește definiția bătrâneții având la bază concepția după care corpul omului este receptacolul bătrâneții și structura și funcționarea lui sunt cele care relevă bătrânețea chiar mai bine decât aspectul exterior al acestuia. Medicina privește bătrânețea ca o uzură sui-generis, o infirmitate sau ca o dizabilitate, iar îmbătrânirea ca un proces imanent vieții, viață care nu poate fi prelungită în mod semnificativ (*definiție medicală*).

Se pune o problemă legitimă: dacă bătrânețea este o boală, poate fi ea tratată? Asimilarea bătrâneții cu o boală a fost făcută din cele mai vechi timpuri și această poziție se găsește formulată încă din secolul al XI-lea în celebrul poem didactic *Regimen sanitatis Salernitanum* cunoscut și sub numele de *Flos medicinae* care strângea laolaltă cunoștințele medicale ale școlilor de medicină medievală din Europa și în care se poate citi: „*Oh, de ar fi medicina cea care să vindece bătrânețea!*“... lucru care exprimă speranța ca medicina să poată trata bătrânețea.

După multe secole, cunoscutul geriatru american Olshansky și colaboratorii lui colectează părerile a 51 de somități în gerontologie, pe baza cărora redactează o poziție oficială, *The Position Statement on Aging*, publicată în revista *Scientific America*n din 2002, în care spune că niciuna dintre terapiile curente nu probează că bătrânețea poate fi încetinită, stopată sau făcută reversibilă de către vreo știință biologică.

Ceea ce face astăzi biogerontologia este să furnizeze doar mijloace anti-bătrânețe și nu tratamente. Tratamentele medicale sunt programe care urmăresc vindecarea, pe când „*mijloacele terapeutice*“ sunt doar măsuri paliative. Dintre măsurile biogerontologice actuale, menționez:

i) ameliorarea simptomelor care acompaniază bătrânețea (de exemplu, dureri osteo-articulare și musculare);

ii) tratamentul bolilor cu apariție tardivă, așa-zisele boli însoțitoare ale bătrâneții, care pot duce la prelungirea speranței de viață (de exemplu, bolile cardiovasculare generate de arterioscleroză, cancere etc.);

iii) elaborarea unor procedee anti-bătrânețe precum manipulări metabolice, antioxidative, diete specifice, programe de cruțare, fizioterapie, regimuri de viață.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) furnizează o critică a definiției medicale a bătrâneții pornind de la constatarea că există bătrâni sănătoși și, astfel, pune bazele înlăturări criteriilor „biologice“ din definiție. În schimb, constată că în majoritatea țărilor dezvoltate se consideră ca bătrân un individ trecut de vârsta de 65 de ani, ceea ce arată importanța criteriului cronologic (*definiția cronologică*).

În anul 2010, un grup de lucru al organizației engleze The Philips Center for Health and Well-being Active Aging Think Tank constată că terminologia curentă folosită în descrierea bătrâneții este responsabilă pentru stereotipia cu care persoanele trecute de 65 de ani sunt privite și rejetează factorii tradiționali prin care se determină bătrânețea ca o dată în calendar. Grupul propune un scor compus din factorii comuni care determină ca o persoană să

fie identificată ca bătrână (*definiția compozită*) precum vârsta cronologică, schimbările în rolul social al persoanei și schimbările în capabilitate.

Studii făcute în mai multe țări au demonstrat că există criterii mai confidente decât cel cronologic în definirea bătrâneții, precum schimbările în statutul social sau schimbările în capabilitate sau funcționare. Pragul cronologic al bătrâneții este criticat de înseși persoanele în vârstă, pentru că nu se poate suprapune o dată calendaristică pe criteriile personale ale unui om, când acesta acceptă că este bătrân. Mai sunt și alte criterii care pot avea o pondere mai mare sau mai mică în definirea vârstei înaintate, precum rolurile sociale sau declinul fiziologic. Cu toate că criteriul cronologic este dominant, în multe țări apare tendința de a defini pragul bătrâneții ca momentul în care o contribuție activă nu mai este posibilă. Se asistă la o trecere progresivă de la criteriul temporal-cronologic la unul socio-funcțional. Astfel, definiția care ține cont de activitatea socială ar suna astfel: „*Bătrânețea este acel stadiu al dezvoltării cronologice a unei persoane când o contribuție activă socio-culturală nu mai este posibilă*“ (*definiția funcțională*).

Este evident că există inegalități privind pragul cronologic al bătrâneții din cauza diferențelor în speranța de viață în diferite țări. Astfel, în Japonia speranța de viață este de 82,2 ani, iar în multe țări din Africa este de doar 40 de ani. Aceste inegalități au ridicat problema importanței factorilor sociali, precum bunăstarea generală, calitatea asistenței medicale, calitatea vieții etc. Astfel, din punct de vedere social, bătrânețea poate fi privită ca un set dinamic de pierderi și câștiguri care conduc la o adaptare psiho-socială de succes la procesul de înaintare în vârstă (*definiția socială*). Ea poate fi definită ca o secvență naturală de schimbări de stadii și statute cărora le sunt atașate așteptări normative specifice fiecărei vârste. Astfel de schimbări pot fi considerate pensionarea, adultizarea copiilor persoanei, apariția nepoților, menopauza la femei etc. S-a considerat că aceste schimbări de rol sunt determinate sau sunt contingente cu un declin fiziologic al

persoanei. Schimbările nu sunt în mod special fixe sau negative. Pe diferențele de la o persoană la alta s-au clădit relațiile sociale și discursul social tradițional referitor la cine este tânăr și cine este bătrân.

6. Teoriile bătrâneții

Dacă avem destule greutăți să definim ce este bătrânețea, nu este mai ușor să spunem ce conţinut are conceptul de bătrânețe, ce se întâmplă și ce semnificație are bătrânețea pentru un individ. Aici este vorba de a descrie diferite perspective prin care se interpretează procesul dinamic al îmbătrânirii.

6.1. BĂTRÂNEȚEA NATURALĂ ȘI BĂTRÂNEȚEA NORMALĂ

Cel mai la îndemână este a considera bătrânețea ca ceva natural, adică de a lua bătrânețea ca atare, ca ceva de la sine înțeles, ce decurge din însăși faptul că trăim. Ceva natural mai înseamnă și că este deasupra oricărei discuții, ca ceva genuin, autentic, nealterat și imanent. Este rațional să credem că bătrânețea este un fenomen natural, dar descoperim și că ce era natural altădată poate fi diferit de ceea ce este natural astăzi. Astfel, categoria de natural apare instabilă și problematică și este reinventată în mod continuu, deși discursul despre natural este înrădăcinat în concepţii morale și religioase care ar părea să fie imuabile. Odată era natural ca durata de viață să fie în jur de 40 de ani, astăzi este peste 70 de ani; ni se părea odată natural să murim, pe când astăzi ni se pare o soartă nedreaptă. Când vorbim despre bătrânețe, apare ca natural să existe un fel de nostalgie după timpurile în care eram tineri. Acceptăm că e natural să îmbătrânim, dar bine ar fi fost să fie altfel!

Mai vorbim despre bătrânețe ca despre ceva normal. Lumea modernă are tendința de a înlocui conceptul de natural cu cel de normal. Astfel, vorbim astăzi de bătrânețea normală.

Departamentul de muncă și pensie din Marea Britanie definește bătrânețea normală ca o bătrânețe fără boli, fără schimbări fiziologice care să implice procese patologice și astfel persoana continuă să se bucure de funcțiile corpului și ale minții, este capabilă să trăiască independent și să aibă o bună calitate a vieții. Pe de altă parte, trebuie să recunoaștem că trăim într-o societate postmodernă în care există mai multe feluri de „normal", bătrânețea de astăzi nu mai este prinsă în concepte de „natural" sau „normal". Se recunoaște că omul de astăzi are la dispoziție o gamă largă de normalități din care poate alege, de la felul în care te porți, la felul cum te îmbraci sau la felul cum îmbătrânești. De multe ori, ce era înainte anormal sau deviant a devenit astăzi normal și se spune că, de fapt, este bine să acceptăm diversitatea, aceasta fiind diversitatea normalului. Astăzi alegerile dintre diferite opțiuni de normal sunt în responsabilitatea individului. Este destul să citim presa sau să ne uităm la TV și astfel aflăm că, în 12 iulie 2009, Maria del Carmen Bousada, de 69 de ani, din Cadiz Spania, a murit de cancer, dar înainte cu trei ani ea devenise cea mai bătrână mamă din lume, dând naștere la doi gemeni. Ulterior, ea a fost depășită de Amakari Panwar din India care a dat naștere unui copil la vârsta de 70 de ani, în anul 2008. Aceste evenimente produse de doi oameni „bătrâni" nu erau „normale" cu decenii în urmă, dar au devenit normale datorită medicinei de astăzi și concepției că normalul este doar o alegere individuală.

Este ușor să constatăm că nu toți oamenii în vârstă au același drum al îmbătrânirii. Dacă ne uităm la bătrânii noștri din familie sau la alții pe care îi cunoaștem din alte familii sau din vecini, este ușor să vedem că fiecare a avut drumul și imaginea lui. Unii sunt încă activi, alții stau mai mult în casă, pe alții îi vedem jucând table sau șah în diverse locuri publice cu alți bătrâni ca și ei, alții se luptă cu boli, unii sunt foarte implicați în rolul de bunic, alții parcurg distanțe mari după cumpărăturile necesare familiei, pe alții

îi vedem plimbându-se pe stradă etc. De ce nu arată toţi la fel, de ce nu au avut toţi acelaşi parcurs? Pentru a explica diferenţele dintre imaginea şi activitatea oamenilor bătrâni, s-au emis mai multe teorii care, în mod schematic, pot fi împărţite în teorii biologice, teorii funcţionaliste şi teorii care privesc dezvoltarea individului spre bătrâneţe. În continuare, o să descriu câteva dintre teoriile bătrâneţii, lucru important de cunoscut, pentru că fiecare dintre ele surprinde un aspect al acestui fenomen în care suntem atât de implicaţi.

6.2. TEORIILE BIOLOGICE ALE BĂTRÂNEȚII

Teoriile biologice consideră bătrâneţea un proces biologic, proces care are ca receptor corpul, organele şi sistemele funcţionale ale organismului. Desigur că bătrâneţea nu se rezumă la schimbările corporale şi la dezagrementele legate de deficienţele funcţionării acestuia. Se pare însă că, dintre toate avatarurile bătrâneţii, modificările corporale, organice, sunt pe primul plan, cele care afectează individul în primul rând, cele care generează cele mai multe plângeri şi cele mai multe prezentări la medic. Mai jos, prezint o serie de teorii biologice cu pretenţie explicativă:

1. *Teoria programării bătrâneţii,* care susţine că există un ceas biologic ce determină procesul de îmbătrânire. Această teorie se bazează pe „numărul“ Hayflick, cel a diviziunilor maxime ale unei celule, după care individul îmbătrâneşte şi moare pentru că celulele şi-au terminat numărul prestabilit de cicluri de diviziune. La început s-a crezut că, dacă celulelor li se asigură cele necesare, ele se vor înmulţi la infinit. Hayflick a demonstrat că aceasta nu este adevărat şi că la fiecare specie există un număr predestinat de înmulţiri celulare, lucru care determină longevitatea acelei specii. Este ceea ce s-a numit limita sau numărul lui Hayflick. În mare, controlul numărului de difuziuni celulare depinde de lungimea capătului ADN-ului,

numit teleomer. Această teorie spune că, la fiecare diviziune, se scurtează capătului spiralei de ADN, teleomerul, ca să ajungă în punctul final, dincolo de care mesajul codificat al multiplicării se pierde și, astfel, celulele nu se mai înmulțesc, îmbătrânesc și mor.

2. *Teoria epigenetică a bătrâneții* se bazează pe ultimele descoperiri ale mecanismului prin care mesajul genelor se exprimă în funcționarea organelor și a sistemelor. Cât de repede sau de încet se pierd aminoacizii din acel capăt al cromozomului, teleomerul, depinde de influența unei enzime numite teleomeraza. Activarea acestei enzime face ca diviziunea celulară să nu conducă la pierderea de aminoacizi de pe teleomer și, astfel, numărul de diviziuni să fie mai mare decât cel prevăzut de codul genetic. Acest lucru se petrece în mod natural în cazul cancerelor, când diviziunea celulară devine haotică și scăpată de sub controlul genetic normal. Activarea acestei enzime se face printr-un mecanism „*epigenetic*", mecanism prin care factori de mediu sau interni pot activa sau inhiba acțiunea teleomerazei printr-un mecanism „*on and off*"", sau „*deschis și închis*". Teleomeraza și mecanismul epigenetic fac ca genele să se exprime când este pus pe poziția „deschis" și, astfel, din celulele originare stem apar celulele specializate ale organismului, ca de exemplu celulele cardiace, celulele hepatice, musculare, sangvine etc. Deci, prin diviziuni succesive, celulele stem embrionare se diferențiază în anumite tipuri de celule mature când teleomeraza este activă, iar celulele se diferențiază în ceea ce trebuie să ajungă conform codului genetic. Când teleomeraza este pusă în poziția „închis" sau „off" maturarea/diviziunea se oprește. Senescența ar fi dată de „tocirea" teleomerului. Lungimea vieții unui țesut este dată de lungimea teleomerului din acel țesut. În măduva osoasă ea rămâne activă și astfel se produc celule noi sangvine într-un ritm generat de raportul între durata lor de viață și pierderile accidentale. Se poate gândi că există șansa de a pune teleomeraza în poziția „on" (deschis) și, astfel, celulele să nu se oprească

din înmulțire, iar celulele mature să se reproducă mereu, devenind cvasinemuritoare. Acest proces poate să aibă repercusiuni asupra organismului în general, respectiv să existe un proces de reîntinerire sau cel puțin unul de menținere la aceeași vârstă biologică. De exemplu, celulele cardiace și neuronii sunt celule care nu se mai pot divide după ce au ajuns la maturare. Să presupunem că celulele care compun pielea, oasele, articulațiile sau mușchii s-ar putea divide mereu, aceste țesuturi s-ar înlocui cu unele noi prin activarea teleomerazei din cromozomii acestor celule și, atunci, aceste țesuturi nu ar mai îmbătrâni și viața lor s-ar prelungi în consecință. Se crede că, prin manipulări genetice, s-ar putea ajunge la acest rezultat. Teoria epigenetică a bătrâneții spune că ea este dată de influența pe care diferiți factori interni, atribuiți organismului, și factori externi, atribuiți stilului de viață în special, ar putea influența expresia genetică, determinând astfel apariția îmbătrânirii mai repede sau mai târziu. Mecanismele epigenetice fac ca între indivizi cu același genotip să existe diferențe în felul cum arată și cum îmbătrânesc.

3. *Teoria acumulării erorilor ADN*, care afirmă că, odată cu creșterea în vârstă, apar și erori ale transmiterii informației de la AND către celule, erori care se acumulează până la un punct dincolo de care funcționarea celulelor și a organelor începe să sufere. Această teorie ignoră mecanismele prin care organismul are capacitatea de a repara aceste erori. Cu toate acestea, se poate gândi că bătrânețea poate fi rezultatul unui echilibru defectuos între procesele de generare a erorilor și cele ale reparării acestor erori.
4. *Teoria uzurii* se bazează pe ideea că activitatea organismului produce în timp o uzură a organelor și a sistemelor, uzură care se exprimă în îmbătrânirea globală a individului. Această uzură este evidentă în cazul sistemului osteo-articular, a pielii, a sistemului muscular la indivizii care prin factori metabolici (de exemplu, obezitate sau diabet), profesie sau stil de viață au utilizat peste un anume prag acele sisteme și organe.

5. *Teoria pierderii elasticității colagenului și a elastinei* care sunt componente normale ale structurii de rezistență a pielii și a organelor interne. Elasticitatea lor se pierde cu vârsta din cauza unor modificări structurale, iar această pierdere se reflectă în pierderea flexibilității și perturbări în funcția pielii și a organelor interne.
6. *Teoria radicalilor liberi.* Radicalii liberi sunt produși normali ai metabolismului celular. Ei sunt produși chimici foarte instabili și intră repede în combinație cu grăsimile nesaturate din compoziția membranelor celulare, afectându-le funcția. Radicalii liberi se produc în cantitate mare sub influența pesticidelor, a radiațiilor și a ozonului din atmosferă. Acumularea lor produce o alterare a celulelor organismului, ducând la moartea acestora.
7. *Teoria imunologică* susține că, odată cu trecerea timpului, apare o descreștere a competenței imunologice a organismului din cauza acumulării de mici deteriorări metabolice în măduva hematopoietică, ganglioni, splină și timus, principalele organe ale sistemului imunitar. Această pierdere graduală a competenței imunitare face ca organismul să nu mai fie capabil să identifice și să neutralizeze agresiuni ale microorganismelor și ale substanțelor străine organismului gazdă, cu consecințe dezastruoase pe termen lung, precum apariția infecțiilor cronice sau a cancerelor.

Niciuna dintre aceste teorii nu a putut să fie considerată ca fiind capabilă să explice în totalitate procesele fiziologice, corporale, care stau la baza îmbătrânii organismului. Se poate spune că fiecare dintre ele exprimă un adevăr, dar niciuna adevărul întreg. Fiecărei teorii îi corespunde un set de tehnici antibătrânețe de care vom vorbi în partea a treia a cărții. Metodele antibătrânețe izvorâte din aceste teorii au o eficacitate parțială și corolarul acestei constatări este că procesul de îmbătrânire este un proces pluricauzal, multifațetat și abordarea lui „terapeutică“ trebuie să țină cont de aceasta.

6.3. TEORIILE FUNCȚIONALISTE, PSIHOSOCIALE, ALE BĂTRÂNEȚII

Interpretările funcționaliste ale bătrâneții sunt cele care iau în considerare capacitatea funcțională, productivă, a oamenilor în vârstă, pornind de la constatarea că, odată cu vârsta, se asistă la o pierdere cantitativă sau la o deteriorare calitativă a abilității de a funcționa în diverse arii ale activității: funcționarea vocațională, funcționarea socială sau funcționarea domestică. A funcționa reprezintă capacitatea cuiva de a îndeplini rolul sau sarcina ce o are de executat, abilitatea de a lucra sau de a acționa cu un scop și de a-l duce la îndeplinire.

Există teoria că bătrânețea este o dezangajare, o retragere graduală din interacțiuni și activități sociale, aceasta fiind un proces inevitabil al vârstei înaintate. După această teorie, bătrânii devin, în schimb, din ce în ce mai preocupați de ei înșiși și de propriile posesii. Dezangajarea este un proces diferențial care nu implică toate ariile și activitățile sociale ale bătrânului. De exemplu, persoana se poate retrage din unele activități, dar poate să le mențină pe altele, bătrânii se retrag din activități sociale, dar se concentrează pe cele familiale. Se crede că dezangajarea este o expresie a creșterii fragilității, a vulnerabilității și a dizabilității oamenilor în vârstă, precum și a scăderii acuității vizuale, a forței fizice și a apariției tulburărilor de memorie. Această *teorie a dezangajării* a fost criticată pentru simplismul ei și a ignorării faptului că bătrânii sunt un grup eterogen în care fiecare are viața lui proprie în societate.

Teoria continuității este mult mai populară și spune că oamenii care îmbătrânesc cu succes sunt cei care își păstrează mai departe valorile, stilul de viață și relațiile din perioada vârstei medii. Ea pune accentul pe continuitatea și volumul activităților care sunt legate de sentimentul de bunăstare și pe calitatea adaptării la schimbările pe care le aduce vârsta. Premisa teoriei continuității este că bătrânii se adaptează schimbărilor, folosind strategii care să le permită continuitatea vieții lor. Conform acestei teorii, bătrânii ar trebui să continue să trăiască în căminul lor cât mai mult timp

posibil. Astfel, bătrânii continuă să fie independenți atâta timp cât sunt în ambianța lor familiară.

Teoria bătrâneții active spune că, dacă bătrânii nu au dizabilități sau condiții patologice, atunci ei au aceleași nevoi sociale ca și oamenii de vârstă medie. Bătrânețea activă este rezultatul menținerii poziției active și a rezistenței în fața tendinței de restrângere a vieții sociale. De exemplu, oamenii în vârstă tind să-și înlocuiască prietenii bolnavi sau dispăruți cu alții sănătoși și activi, și se implică în activități care le-au adus satisfacții și plăcere. Organizația Mondială a Sănătății a identificat patru piloni ai bătrâneții active: i) sănătate, ii) independență, iii) siguranță și iv) productivitate. Alți autori sugerează șapte principii pentru o bătrânețe activă: i) participare, ii) autorizare și împuternicire, iii) bunăstare, iv) solidaritate intergenerațională, v) echilibru între drepturi și obligații, vi) echilibru între inițiative și acțiuni cetățenești și vii) respect pentru diversitate.

După Organizația Mondială a Sănătății, bătrânețea activă este „*un proces de optimizare a oportunităților referitoare la sănătate, participare și siguranță cu scopul de a spori calitatea vieții*". Atributul „*activ*" se referă la continuarea participării în societate, în educație, în îngrijirea sănătății fizice și mintale și, astfel, la promovarea demnității, facilitarea autonomiei și a independenței personale, schimbând focusul de la abordarea „nevoilor de bază" la abordarea „drepturilor de bază" ale oamenilor în vârstă.

Teoria activității a fost criticată pe considerentul că nu ia în seamă personalitatea bătrânului, istoria personală, stilul de viață și maximizează doar funcționarea individului, ignorând aspectele subiective.

6.4. TEORIILE CARE VĂD BĂTRÂNEȚEA CA UN PROCES AL DEZVOLTĂRII INDIVIDUALE

Aceste teorii consideră bătrânețea ca rezultat al unui proces de dezvoltare continuă a unui individ ce parcurge etape după etape, bătrânețea fiind la capătul acestui continuum.

–1 RÂND

Una dintre aceste teorii, *„teoria stadiilor“*, consideră că dezvoltarea individului este stadială, iar bătrâneţea este caracterizată de diferite conflicte psihologice interne, printre care se remarcă conflictul dintre preocuparea față de spiritualitate (religie, viața de dincolo de moarte, relația cu divinitate etc.) și preocuparea față de existența fizică, sau conflictual dintre spiritualitate și preocuparea față de sine și de rolul personal.

O altă teorie de dezvoltare este cea formulată de cunoscutul psiholog american Erik Erikson, *„teoria ciclurilor vieții“*, care consideră că dezvoltarea individului se desfășoară de-a lungul a opt cicluri de viață și că în fiecare dintre acestea el se confruntă cu schimbări determinate de conflicte caracteristice și constante fiecărui ciclu, acestea fiind, de fapt, motorul care duce individul mai departe. El sugerează că toate aceste conflicte sunt interconectate și că fiecare stadiu este urmat de altul într-o ordine secvențială și logică. În ciclul al 7-lea de viață, între vârsta de 55 și 65 de ani, caracteristice sunt conflictele dintre generativitate versus stagnare, dintre încredere versus neîncredere, autonomie versus rușine, inițiativă versus vinovăție, identitate versus confuzie, intimitate versus izolare. Acestea sunt și conflicte dintre trăsăturile definitorii ale unui individ în vârstă. Erikson definește generativitatea ca interes față de ghidarea generației următoare, generativitatea derivând din dorința de a fi de folos. Pentru el, generativitatea este dorința generației vechi de a se implica în bunăstarea celei următoare și de a transmite evoluționistic informația colectată de generația anterioară generației care urmează. Astfel, el descrie: i) generativitatea biologică, unde este vorba de creșterea și îngrijirea copiilor și a nepoților, ii) generativitatea parentală, unde este vorba de siguranță, dragoste și inițierea tinerilor în tradițiile familiei, iii) generativitatea tehnică, ce presupune transmiterea abilităților la cei mai puțin inițiați, învățarea și instruirea acestora și iv) generativitatea culturală, ce presupune transmiterea semnificațiilor, a credințelor, a atitudinilor, a ideilor religioase, spirituale și istorice celor mai tineri. Este generativitatea importantă pentru bătrâni? Da, pentru că le conferă un rol în cadrul familiei și a societății în general, acela de depozitari ai experienței și înțelepciunii

care pot fi transmise celor tineri. În ultimul ciclu, al 8-lea, după vârsta de 65 de ani, conflictul este între integritate versus disperare, ciclu în care individul în vârstă luptă pentru a-și apăra identitatea și integritatea sinelui, în disputa cu anxietatea sfârșitului vieții.

Se spune pe drept cuvânt că bătrânii încearcă să maximizeze câștigurile și să minimalizeze pierderile în interacțiunea cu alții, ca un mod de adaptare la vârsta înaintată. Ei își percep viața ca o chestiune de a balansa câștigurile și costurile, de exemplu, de a continua interacțiunile care le sunt benefice și de a se retrage din cele care nu le aduc niciun beneficiu. Beneficiul poate fi material sau nematerial și poate include ajutor, bani, proprietăți, informație, afecțiune, aprobare, abilități, respect, conformitate. Schimbul poate fi imediat, precum bunuri și servicii într-un anume moment, sau continuu, care se prelungește de-a lungul cursului vieții, de exemplu îngrijirile filiale. Conform acestei *„teorii a schimburilor"*, interacțiunea dintre bătrâni și tineri descrește pe măsură ce omul îmbătrânește, pentru că el are din ce în ce mai puține resurse cu care ar putea intra în acest schimb.

Din toate aceste teorii se vede că în societate există o ierarhie bazată pe vârstă. Această ierarhie presupune organizarea oamenilor pe cohorte de vârstă sau pe straturi de vârstă. Fiecare strat are obligațiile și prerogativele sale. În funcție de apartenența la o cohortă sau strat oarecare, oamenii controlează și au acces la resurse, le sunt alocate anumite locuri de muncă și roluri sociale și se stipulează felul și regulile după care oamenii ar trebui să acționeze și să se schimbe conform vârstei. Împărțirea aceasta generează inegalități și discriminări. Această ierarhie explică diferențele sociale între vârste, dar și favorizează segregarea în funcție de vârstă și ageismul de care vorbeam cu câteva paragrafe mai înainte.

6.5. GEROTRANSCENDENȚA

În anul 1992, Lars Tornstam, profesor de sociologie la Universitatea Uppsala din Suedia, lansează o nouă concepție

asupra bătrâneții, numită „*gerotranscendența*“. Această teorie a fost construită după intervievarea multor bătrâni aflați în instituții de profil și ca reacție la teoriile vechi ale gerontologiei sociale care afirmau că pensionarea și mutarea bătrânilor într-o instituție de îngrijire sunt lucruri dezagreabile care se petrec în viața unei persoane. După el, dezvoltarea umană nu se oprește la bătrânețe, din contră, există în această perioadă a vieții o progresie naturală către maturitate și înțelepciune. El descrie gerotranscendența ca un proces care schimbă focusul de la viața materială de zi cu zi la o perspectivă transcendentală. Această schimbare este acompaniată de dorința de a avea un sentiment de integritate și acceptare a lucrurilor din jur în această ultimă etapă a vieții, fapt care se reflectă în bunăstarea spirituală. Se citează vorbele unei femei de 106 ani, Alice Herz Summer, care spunea: „*Numai când ești așa de bătrân poți să devii conștient de frumusețea vieții...*“

După teoria gerotranscendenței, individul care progresează în vârstă experimentează mai multe modificări. În mod tipic, aceste modificări schimbă focusul individului de la existența materială de zi cu zi la o poziție spirituală, transcendentală, schimbări care interesează selful și relațiile cu alții, precum și înțelegerea fundamentală a problemelor existențiale. De exemplu, individul devine mai puțin preocupat de sine și mai selectiv în alegerea activităților sociale sau de altă natură. El trăiește sentimentul de afinitate cu generațiile trecute și descreșterea interesului în relații sociale superflue. La fel, el prezintă o scădere a interesului pentru lucruri materiale și o mai mare nevoie de a medita în mod solitar. Această meditație este o solitudine pozitivă, care îi furnizează o comunicare cosmică cu spiritul universal, acompaniată de redefinirea timpului, spațiului, vieții și morții.

Tornstam descrie câteva caracteristici ale gerotranscendenței: autoconfruntarea – confruntarea cu aspectele ascunse ale selfului, bune sau rele; autotranscendența – înlocuirea trăsăturilor egoiste cu cele de altruism, selful transcede în altul; schimbarea viziunii despre relații, a semnificației și importanței lor, bătrânul devine selectiv în relații și mai puțin interesat în relații superficiale,

crește nevoia de solitudine; înțelepciunea transcendentă – fluidizarea granițelor între drept și greșit, între înțelept și stupid, reținerea de la judecata altora și de la furnizarea de sfaturi; reținerea de a ajuta pe alții să ia decizii și încurajarea lor de a lua propriile decizii.

Aceste modificări caracteristice gerotranscendenței reflectă schimbările ontologice petrecute la trei nivele ale individului ajuns la bătrânețe:

i) nivelul cosmic: redefinirea timpului și a spațiului, creșterea legăturii cu generațiile anterioare, înțelegerea nouă a vieții și a morții, acceptarea dimensiunii misterioase a vieții, reconsiderarea evenimentelor și experiențelor proprii;
ii) nivelul selfului: descreșterea egocentrismului, dezvoltarea unei transcendențe corporale, trecerea de la egoism la altruism, creșterea integrității;
iii) nivelul relațiilor individuale și sociale: schimbarea înțelesului și importanței relațiilor, înțelegerea diferențelor dintre self și rolul social, adăugarea unei note de inocență și genuin relațiilor, transcendența relației dintre drept și greșit.

Pentru mine, gerotranscendența reprezintă o ipostază la care mintea ajunge în mod natural odată cu creșterea în vârstă. Nu trebuie să facem niciun efort pentru a deveni astfel. Așa cum mintea unui tânăr este inocentă, geniună, iscoditoare, în căutarea noului, iar cea a adultului este creativă, încrezătoare și în căutarea certitudinii, cea a bătrânului este spirituală, religioasă, transcendentă, în căutarea înțelesurilor pentru ceea ce s-a petrecut și ce o să vină. Acest lucru este un câștig evoluționistic prin care s-a selectat o adaptare prin care omul depășește frica de sfârșit, atribuindu-i un alt înțeles decât cel fizic.

6.6. BĂTRÂNEȚEA DE SUCCES – CONCEPTUL DE „UMBRELĂ"

Conceptul de bătrânețe de succes este un concept ateoretic, care privește bătrânețea în funcție de calitatea ei, respectiv în funcție

de sănătate, funcționare/capacitate și participare. El a fost lansat ca o sinteză a celorlalte concepte despre bătrânețe, luând ceea ce este pozitiv și lăsând la o parte aspectele „ageistice“, segregaționale, ale bătrâneții.

Bătrânețea de succes este un mod pozitiv de a îmbătrâni definit de prezența mai multor criterii: i) absența bolilor și risc scăzut de boli și dizabilități; ii) nivel înalt de funcționare, mintală și fizică; iii) angajare activă în viață, iv) relații strânse cu alții și v) participare continuă în activități sociale și familiale.

Bătrânețea de succes este în antiteză cu bătrânețea *„patologică“*, caracterizată de prezența de boli severe, care cauzează dizabilitate, și cu *„bătrânețea uzuală“*, obișnuită, care presupune absența bolilor severe, dar implică riscul apariției acestora. Ea mai înseamnă păstrarea potențialului psihologic și social și a bunăstării, satisfacție cu viața dusă, adaptare, productivitate și autocontrol. Rețeta pentru o bătrânețe de succes cuprinde: menținerea rolurilor sociale, menținerea rolurilor familiale, menținerea activităților în care persoana era implicată, menținerea controlului emoțional, menținerea sentimentului de satisfacție și menținerea stării de bunăstare.

Bătrânețea de succes poate reprezenta rezultatul optim, rațional, al unei vieți echilibrate și a formulării și lansării timpurii a unui program care anticipează trecerea în această fază a vieții. Acesta este și scopul final al acestei cărți.

7. Îmbătrânirea populației pe glob

În ultimul secol, s-a asistat la un proces continuu de tranziție demografică care afectează atât țările dezvoltate, cât și pe cele în curs de dezvoltare. Crește populația bătrână pe glob sau, cu alte cuvinte, populația globului îmbătrânește! Se poate spune că creșterea numărului de bătrâni este un triumf al timpurilor noastre, o reflectare a îmbunătățirii sănătății generale, a igienei și dezvoltării socio-economice.

Creșterea alarmantă a procentului populației vârstnice din totalul populației a generat o problemă cu consecințe ce se reflectă la nivel internațional, național și individual. Această „alarmă" se aude atât la nivelul discursului public, cât și al celui privat.

Trendul arată că, între 2006 și 2030, numărul persoanelor în vârstă în țările mai puțin dezvoltate va crește cu 140% comparativ cu 51% în țările dezvoltate. Pe întregul glob, procentul de creștere a populației de peste 85 ani va ajunge la 151% pentru perioada 2005-2030, comparativ cu o creștere de 104% pentru populația de peste 65 de ani și doar de 21% pentru populația de sub 65 de ani.

Organizația Națiunilor Unite estimează că, în 2025, populația de peste 60 de ani se va dubla, de la 542 de milioane în anul 1995 la 1,2 miliarde. La nivel global, se estimează că populația de 65 de ani și peste va crește cu 850.000 în fiecare lună pentru următoarea decadă, ca să ajungă la un miliard în jurul anului 2030, respectiv 13% din totalul populației de pe glob. Îmbătrânirea populației se vede și în structura populației din țările din Europa de Vest în decursul ultimului secol. În timp ce în 1901 doar 6% din populație era

peste 65 de ani, acest procent a crescut mereu, ca să ajungă la 18% în 2001. În același timp, proporția tinerilor sub 16 ani a scăzut de la 35 la 20%, iar proporția celor ce sunt activi în câmpul muncii a avut același trend.

Aceste schimbări au determinat Adunarea Generală a ONU de la Madrid asupra îmbătrânirii populației (2002) să încerce să găsească o voce comună a tuturor membrilor ei în identificarea adevăratei problematici a bătrânilor de astăzi, pentru a găsi un răspuns unitar la problema îmbătrânirii populației globului. Acest miting a adoptat o declarație politică, *The Madrid International Plan of Action on Ageing* (Planul Internațional de Acțiune asupra Bătrâneții), care identifică problemele-cheie asociate cu îmbătrânirea populației: protecția socială, îngrijirea sănătății, urbanizarea, păstrarea locurilor de muncă, educația, nutriția, locuințele, infrastructura și imaginea bătrânilor. Acest document postulează trei direcții principale de acțiune: i) asigurarea protecției și a dezvoltării persoanelor în vârstă; ii) asigurarea sănătății și a bunăstării acestora; iii) asigurarea unei ambianțe suportive și permisive pentru persoanele în vârstă.

În anul 2009, Organizația Națiunilor Unite a publicat raportul *World Population Ageing* (Îmbătrânirea populației lumii) care este o trecere în revistă a fenomenului de îmbătrânire a populației și a măsurilor care se impun pentru protecția bătrânilor de pe glob. Dintre constatările acestui raport, menționăm:

1. îmbătrânirea populației este un proces fără precedent în istoria umanității; creșterea numărului de bătrâni de peste 60 ani este însoțită de scăderea numărului de tineri cu vârsta sub 15 ani; la nivel mondial, se preconizează, că în anul 2045, numărul bătrânilor va depăși numărul tinerilor;
2. îmbătrânirea populației este un proces general și afectează toate țările din lume; proporția crescută a populației bătrâne este cauzată de reducerea fertilității și scăderea consecutivă a numărului tinerilor, cuplată cu creșterea duratei de viață a oamenilor; acest fenomen a condus la o presiune asupra echității și solidarității intra- și intergenerațională, care fundamentează societatea umană;

3. îmbătrânirea populației este un proces în dezvoltare: dacă proporția bătrânilor creștea de la 8% în 1950 la 11% în 2009, se estimează că această proporție va atinge 22% în 2050;
4. atâta timp cât mortalitatea continuă să descrească și fertilitatea rămâne scăzută, proporția oamenilor bătrâni va continua să crească;
5. îmbătrânirea populației are consecințe majore asupra tuturor fațetelor vieții umane: creștere economică, investiții, formarea capitalului și a economiilor, consum, piața muncii, taxe, pensionare și fonduri de pensii, transferul intergenerațional al proprietății și al activelor;
6. în sfera socială, consecințele prognozate sunt legate de modificarea compoziției familiei și a aranjamentelor locative, cererea de locuințe, migrarea populației, modificarea structurii morbidității și mortalității și a nevoii de servicii de îngrijire a sănătății;
7. în mod global, populația bătrânilor de peste 60 de ani crește cu o rată de 2,6% pe an, mult mai rapid decât populația ca întreg, care are o rată de creștere de doar 1,2% pe an. În 2000, populația de peste 60 de ani număra 600 de milioane, triplu față de 1950, în 2009 număra 700 de milioane, iar în 2050 va fi de 2 miliarde, dacă rata actuală se păstrează;
8. chiar în interiorul acestui segment de vârstnici, populația îmbătrânește și proporția celor de peste 80 de ani este mereu în creștere; rata de creștere a celor de peste 80 de ani este de 4,0% pe an;
9. deoarece femeile trăiesc mai mult, ele vor constitui majoritatea persoanelor în vârstă;
10. persoanele în vârstă au probabilitate foarte mare să experimenteze izolarea socială și deprivarea economică și astfel crește nevoia de suport specific pentru bătrâni;
11. femeile în vârstă prezintă o probabilitate mai mare să trăiască singure; se estimează că 19% dintre femeile bătrâne trăiesc singure, față de doar 9% dintre bărbații bătrâni;

Rezoluția 65/182 din decembrie 2010 a Adunării Generale ONU cheamă statele membre să implementeze Planul de Acțiune asupra Bătrâneții, cu recomandările ulterioare, ca expresie a îngrijorării față de creșterea numărului persoanelor în vârstă peste tot în lume. În 25 mai 2011, Sesiunea nr. 67 a Comisiei Economice și Sociale ONU adoptă rezoluția 67/5 care invită statele membre să accelereze implementarea recomandărilor acestui plan în politicile naționale.

8. Bătrânii în diferite epoci istorice și în prezent

Reîntinerirea sau prelungirea vieții sunt teme prezente de-a lungul istoriei umanității. Încă din vremurile cele mai vechi se constată că, pe măsură ce viața era dorită cât mai lungă, în aceeași măsură bătrânețea era privită ca aducând modificări dezgustătoare. Pe această dihotomie s-a construit dintotdeauna ambivalența cu privire la bătrânețe.

În cultura Greciei Antice, era obișnuit ca lumea să fie privită în categorii mutual exclusive. Astfel, oamenii erau împărțiți în tineri și bătrâni, temă persistentă în miturile, poezia și teatrul antic grecesc. Tinerii („*neotas*“) erau descriși ca frumoși și eroici, bătrânii („*geras*“) erau înfățișați ca urâți, zgârciți și tragici. Cu toate acestea, ei erau considerați și depozitarii înțelepciunii.

Din Antichitate și până în Evul Mediu bătrânețea și îmbătrânirea au fost conceptualizate și ca o *„ordine morală“* a cursului vieții, viziune care a generat așteptări și interpretări ontologice asociate cu fiecare vârstă.

În schimb, în Evul Mediu, bătrânețea nu era privită ca o perioadă distinctă a vieții sociale, pentru că bătrânii își păstrau rolul și pentru că durata de viață era mai scurtă și oamenii nu apucau realmente să îmbătrânească. Se descriu două caracteristici importante ale imaginii bătrânilor în Evul Mediu: i) înaintarea în vârstă era considerată ca o expresie a ordinii morale a cursului vieții, de unde respectul față de cei în vârstă, și ii) lipsa de identitate socială

a celor în vârstă; aceştia nu erau identificaţi ca atare, bătrâneţea era absentă din discursul public ca și categorie dezavantajată, fragilă, care necesită atenţie specială. În contrast, doar copiii şi femeile erau asociaţi cu vulnerabilitatea şi sărăcia.

Isidor din Sevilla, scriitor din secolul al VII-lea, identifică șase vârste ale omului, fiecare dintre ele legată de cele șase vârste ale lumii și șase calități morale distincte: i) *infantia* = inocență; ii) *pueritas* = puritate; iii) *adulescentia* = senzualitate; iv) *juventus* = folositor; v) *gravitas* = seriozitate și vi) *senectutus* = înțelepciune. Aceste şase „vârste“ descriu evoluția cronologică a ființei umane, de la inocență la înțelepciune, viziune care s-a păstrat de-a lungul secolelor.

Apoi, începând din epoca romantică, bătrânii au început să fie identificaţi cu deteriorarea calităţilor fizice și intelectuale. Raționalitatea și înclinaţia spre materialism şi empirism ştiinţific au amplificat interpretarea bătrâneții ca o pierdere treptată, ca deteriorare și chiar ca o infirmitate și dizabilitate. Această viziune a condus la categorisirea oamenilor după vârstă, la ageism.

În modernitatea timpurie, căutarea înţelesului vieţii la orice vârstă a fost legată de găsirea scopurilor vieţii. Acestea, la rândul lor, au fost legate de existenţă într-o lume raţională, adică de coincidența dintre un om raţional și o lume raţională. Toate acestea au generat o autonomie a persoanei, o independenţă a ei. Se mai ridică problema naturii reflexive a activității sociale, fiecare din noi trăind într-o viață care este biografic organizată reflexiv, conform fluxului informaţiei sociale și psihologice despre posibilele moduri de existență. În funcție de acest flux, adică de posibilitățile pe care ni le deschide existența noastră, noi ne organizăm viața.

Astăzi trăim într-o epocă postmodernă, globalizată, care schimbă din punct de vedere ontologic sensul pe care societatea îl dă vieții, în general, și bătrâneţii în special. Filozoful francez contemporan Gilles Deluze spunea: „*Globalizarea nu este doar o problemă economică, politică sau culturală, este ceva din toate acestea şi o problemă de logică și ontologie*“. El înțelege viața ca fiind ori globală, ori deloc. În epoca globalizată, autonomia individuală

în selectarea și modificarea ambianței culturale, sociale, economice, politice a dispărut. Viața s-a topit în macroschimbările şi macrofluxul economiei şi pieţii. Globalizarea înlocuieşte ceea ce e fenomenal sau actual cu ceva virtual. Este vorba de o distorsiune sau o colapsare a realității, granițele sunt dizolvate, personalitatea este la limită și nomadismul a devenit regulă. Se asistă la o deteriorare a selfului, la o pierdere a sentimentului de a fi acasă în această lume. Din punct de vedere al psihologiei sociale, globalizarea aduce pentru bătrâni mai ales un sens constant de fluidizare, de pierdere a identității și destabilizare. Ei resimt cel mai mult pierderea formei tradiționale a ordinii, a structurii și a identității. Ei au probleme în a-și apăra integritatea și selful împotriva fenomenului de flux și de de-teritorializare.

O altă descriere a societății contemporane evidențiază creșterea riscurilor din viața de zi cu zi. Criticul societăţii actuale, reputatul sociolog englez Anthony Giddens, a afirmat că unul dintre efectele majore ale epocii contemporane este escaladarea, atât reală cât și imaginară, a sentimentului de risc în societate, astfel că societatea actuală se poate numi „*societate la risc*". Riscul a devenit principiul fundamental după care se organizează comportamentul social actual. Cauzele bazale ale acestei societăți la risc sunt eroziunea tradiției și a religiei, globalizarea, mass-media, creșterea speranței de viață și a individualismului. Față de majoritatea riscurilor actuale, omul are puțin control sau chiar deloc. Astăzi, riscul este perceput și raționalizat pe când, în trecut, incertitudinea și amenințările erau atribuite soartei, ghinionului, lipsei de șansă sau pedepselor divinității. Bătrânii sunt cei care resimt în principal riscurile vieții din lumea de astăzi, ei spun că și-au pierdut sentimentul de siguranță, sensul perspectivei și în final cel al autonomiei. Tot ce se întâmplă nu mai este în puterea lor, este aleatoriu și riscant.

Foarte mare impact asupra bătrânilor o au modificările din înțelesul, structura și dinamica familiei. Sociologul și filozoful german Elisabeth Beck-Gersheim a conceptualizat familia de astăzi ca „*familie postfamilială*", adică o instituție care nu mai este structurată în jurul normelor obligatorii, ci, din contră, a devenit o „*asociație*

electivă" de persoane care stau împreună pentru a atinge niște scopuri comune. Membrii familiei se autoactualizează în permanență prin aducerea în discuție a scopurilor și a tendințelor personale. Familia a devenit un loc al relațiilor democratice și egale cu prețul creșterii incertitudinii, a instabilității, a dinamismului, ce a dus la amplificarea de riscuri mai vechi sau mai noi și a făcut necesară reconcilierea permanentă a nevoii de individualizare, a tendințelor centrifuge, a conflictelor intergeneraționale și a nevoii de îngrijire a copiilor și bătrânilor. Unul dintre aceste riscuri este reprezentat de statutul bătrânilor în familie și de problema abuzului față de ei.

O altă problemă a familiei este diminuarea timpului petrecut de o generație cu cealaltă, ceea ce se traduce prin reducerea timpului de coexistență intergenerațională. Copiii sunt încurajați să părăsească părinții cât mai repede, iar părinții la rândul lor împing bătrânii spre o existență autonomă și fiecare generație dorește să rămână în contextul ei relativ și să împărtășească cât mai puțin cu alta, de teama contaminării, a confruntării sau a competiției economice și valorice. Ca un corolar al acestei situații este și pierderea interesului pentru îngrijirea filială. Deși bătrânii sunt de multe ori chemați și folosiți pentru îngrijirea nepoților, pentru degrevarea părinților de „povara" îngrijirii propriilor copii, ei sunt părăsiți atunci când au nevoi care solicită un ajutor extern și împinși spre părăsirea căminului propriu și îndrumați spre instituții specializate.

Tot acum asistăm și la o schimbare demografică, de la fertilitate mare, mortalitate înaltă și bătrâni puțini, la fertilitate scăzută, mortalitate scăzută și creșterea populației de bătrâni. Se spune că, pe plan economic, asistăm la trecerea de la modul economic vechi numit și „*fordist*" (de la uzinele de mașini Ford unde s-au pus bazele producției de serie la bandă), caracterizat prin industrializare crescută, producție standardizată la bandă, locuri de muncă stabile și abilități profesionale stereotipe, statul fiind garantul bunăstării și al pensiilor, la economia actuală numită și „*postfordistă*", caracterizată prin diversificarea producției și a consumului, instabilitatea locurilor de muncă, flexibilitatea abilităților profesionale, creșterea mobilității locurilor de muncă, pierderea garanției

pensionării din același loc de muncă, încurajarea pensiilor private, individul devenind garantul propriei bunăstări.

În acest context, creşterea numărului persoanelor în vârstă conduce la ajustarea pensiilor publice, la pensionarea tardivă, la încurajarea pensiilor private, reducerea beneficiilor sociale, privatizarea serviciilor de asistență socială.

Joseph Dohmen, profesor de filozofie și etică la Universitatea de studii umaniste din Utrecht, Olanda, spunea că, în ultimele decenii, se asistă la trecerea de la *„politica emancipării“* la *„politica vieții“*. Oamenii sunt împinși să trăiască un stil de viață reflexiv. Dacă în epoca modernă eu mă identificam cu alții, eram ca și alții, problemele și nevoile mele erau ca și ale altora, astăzi cred că ele sunt diferite de ale altora, creşterea autoreflectivității m-a făcut să simt că ceea ce cred eu este diferit de ce cred alții; nevoile, problemele, istoria mea sunt diferite, nu mă recunosc în alții și, de aici, am pierdut sentimentul familiarității, mă simt singur și chiar de neînțeles. Lumea în care trăim este o lume *„posttradițională“*, în care influența tradițiilor, a religiei, a moralei a scăzut în intensitate, trăim într-o societate *„improvizațională“*, în care oamenii sunt individualizați în mod sistematic și în care fiecare individ își dezvoltă propriul stil de viață. Individul este mai mult preocupat să-și construiască propriul lui stil de viață, ca o formă de emancipare și în care fiecare își găsește înțelesul existenței în mod individual, fără referire la ceilalți. Căutând să-și găsească locul în această lume posttradițională, fiecare improvizează în mod continuu. Astăzi, gândim ceva, dar facem altceva, dorim ceva și mâine facem altceva, este vorba de pierderea continuității, ceea ce duce la creşterea riscului și pierderea siguranței. Trăim iluzia zilnică a autorealizării, fără să ne gândim la consistența ei, autenticitatea este episodică și nu pentru un parcurs de viață.

Toate acestea se reflectă și în felul cum cineva îmbătrâneşte, astăzi fiecare îmbătrâneşte pe mâna lui! Ideea de cicluri ale vieții a fost abandonată. Aceasta presupune o continuă renunțare la unele abilități și câștigarea altora, oamenii doresc o varietate largă de ipostaze în viață: să muncească, să se recreeze, să călătorească,

să învețe, nu doar să se focalizeze pe carieră și familie. Strădania de a „*trăi pe mâna ta*“, după cum vrei, înseamnă să dobândești o mulțime de oportunități, dar și de riscuri. Aici este vorba mai mult de o politică a vieții care înseamnă autonomie cu orice preț. Această etică a autonomiei este în contradicție cu etica îngrijirii pe care bătrânii și-o doresc. Contradicția este pe cale să se rezolve prin apariția eticii autoîngrijirii care înseamnă capacitatea de a alege cum vrei să fii îngrijit. Această etică este bazată pe teoria lui Michel Foucault, cunoscut filozof francez, care abordează autoîngrijirea din patru puncte de vedere: i) *pentru ce îngrijești*? ii) *ce te împinge să te îngrijești*? iii) *cum te îngrijești*? și iv) *care este scopul de a te îngriji*?

Toate aceste ipostaze ale vieții de astăzi, de care vorbeam mai sus, sunt definitorii pentru societatea postmodernistă. Vorbesc așa de mult despre postmodernism pentru că el se reflectă asupra situației bătrânilor de astăzi. Postmodernismul este un concept care spune că: i) nu există un adevăr obiectiv și absolut, iar adevărul este văzut doar contextual, situațional, condițional și mai ales interpretativ. Între adevăr și neadevăr nu este nicio diferență, pentru că ele sunt epistemologic echivalente; ii) adevărul nu mai trebuie să fie bazat pe logică și obiectivitate, mai importantă este opinia mea decât faptele; iii) accentul este plasat mai mult pe fragmentare decât pe universalism, vârsta este pusă în afara generalului și este luată mai mult ca ceva particular; iv) realitatea este mereu pusă sub semnul întrebării; v) iar moralitatea este mai mult personală decât colectivă, ea este la fel ca o opinie personală, fiecare persoană are un cod privat de etică; toate religiile sunt egal valide sau invalide; vi) cultura este privită ca ceva de consumat ce poate fi manipulat de cei care o consumă; vii) diversitatea este maximizată în defavoarea omogenității.

Există câteva teme pe care postmodernismul le-a formulat despre bătrânețe. În primul rând, se consideră că, astăzi, bătrânii nu mai vor să folosească limbajul experților atunci când vorbesc despre ei înșiși. Ei încearcă să vorbească despre viața și problemele lor într-un limbaj propriu, care izvorăște din înțelesurile actuale pe care le dau existenței la vârsta a treia și mai mult. Limbajul

experților face ca bătrânii să fie țintuiți în niște roluri fără să se țină cont de experiența și personalitatea lor.

În al doilea rând, s-a schimbat relația bătrânilor cu corpul lor. Există o tensiune între aparența externă a corpului și a feței, pe de-o parte, și capacitățile funcționale și sentimentul subiectiv al identității persoanei, pe de altă parte, tensiune care crește odată cu înaintarea în vârstă. Corpul funcționează ca o mască, cineva se poate simți în spatele lui altfel decât o spune corpul, el ascunde cu adevărat identitatea persoanei. Deși aparența externă se schimbă cu vârsta, în spatele bătrânului este cineva care nu este ceea ce corpul ar lăsa să se presupună că ar fi. Abordarea postmodernă vede vârsta ca o multitudine de posibilități în mișcare și rejectează modelul medical care stipulează anume constrângeri pentru fiecare vârstă.

Postmodernismul furnizează un cadru contextual creativ pentru formarea unei imagini pozitive față de dorința bătrânilor de activități recreative și de întreținere a imaginii fizice exterioare. Exemple sunt utilizarea unor diete speciale, a tehnicilor speciale de fitness la vârstă târzie, multiplicarea de articole cu această temă în reviste, apariția de manuale cu tehnici de întreținere și îngrijire, cluburi de fitness, antrenori și fizioterapeuți specializați, creșterea exponențială a popularității acestor tehnici. Se consideră că însăși folosirea noilor tehnologii de a modifica înfățișarea exterioară a bătrâneții exemplifică cel mai bine cum postmodernitatea înțelege bătrânețea.

Dar cel mai important câștig al bătrâneții în postmodernism îl constituie ideea că vârsta nu mai reprezintă un loc pe o traiectorie temporală sau istorică. De exemplu, vârsta înaintată nu mai reprezintă un simplu stadiu de dinaintea morții, sunt oameni care nu simt niciodată vârsta. După postmodernism, vârsta este mai mult o abordare a felului de descriere a modurilor în care persoana se construiește pe ea însăși!

9. Schimbările fizice ale bătrâneții

Bătrânețea a fost mereu asimilată cu schimbările fizice pe care vârsta le aduce ființei noastre materiale și aceasta mai ales din cauză că aceste schimbări sunt ireversibile. Aceste schimbări sunt pentru cei mai mulți dintre noi indicatorii cei mai confidenți ai faptului că o persoană a îmbătrânit. Pe de altă parte, se știe că, deși corpul îmbătrânește, persoana rămâne aceeași și, astfel, modificările fizice aduse de bătrânețe nu sunt cele care spun cu adevărat cine este bătrân și cine nu. Totuși, acestea sunt cele care se văd, cele cu care individul se prezintă în fața altora. Iată de ce majoritatea mijloacelor antibătrânețe de astăzi se adresează modificărilor corpului.

Trebuie reamintit încă o dată că bătrânețea nu este o boală, bătrânețea este doar o stare fiziologică apărută mai devreme sau mai târziu, odată cu creșterea în vârstă. Trebuie făcută diferența dintre bătrânețea normală și bolile care apar la bătrânețe. Îmbătrânirea poate face individul mai vulnerabil la boli, dar nu este o boală, patologia nu este ceva inevitabil odată cu vârsta. Trebuie să acceptăm că unele schimbări fizice sunt nemodificabile, inerente îmbătrânirii organismului, altele sunt doar expresia stilului de viață, precum lipsa de exercițiu, deficiențele nutritive, folosirea alcoolului sau fumatului, expunerea la stres, iar acestea sunt în mare parte responsabile de schimbările fizice ale bătrâneții.

Dintre schimbările generale aduse de bătrânețe se menționează în primul rând reducerea capacității de rezervă a organismului; toate organele și sistemele organismului au o rezervă funcțională iar cu bătrânețea această rezervă scade. În al doilea rând, se pot

descrie o încetinire și o slăbire globală a organismului, oamenii devin mai înceţi odată cu vârsta, paşii, mersul, mişcările mâinilor, reacţia motorie la diferiţi stimuli etc. sunt încetinite atât în amploare cât și în viteză, la asta adăugându-se slăbirea forței fizice și a rezistenței la efort. O altă modificare globală este deteriorarea echilibrului homeostatic, a balanţei funcţionale între diferite sisteme care asigură condițiile bazale necesare vieții precum presiunea arterială, nivelul sangvin al glucozei sau echilibrul acido-bazic cunoscut și ca pH-ul sângelui. O ultimă schimbare globală adusă de vârstă este cea de încetinire a ritmurilor organismului, precum ritmul metabolismului, al secreţiilor glandelor endocrine, al vorbirii sau perturbarea ritmului veghe-somn.

Rata cu care îmbătrânește fiecare persoană și chiar fiecare organ sau sistem este o chestiune individuală și este determinată de relaţia dintre factorii interni și externi care contribuie la procesul de îmbătrânire. Printre factorii interni se menţionează zestrea genetică, caracteristicile fiziologice, funcţionarea sistemului endocrin și a sistemului imunologic, iar printre factorii externi se listează dieta, medicațiile, expunerea la radiații și soare, consumul de alcool și fumatul.

Mai jos o să prezint modificările structurale și funcționale ale corpului care se produc odată cu vârsta. Trebuie menționat că aceste modificări nu sunt o regulă, pentru unele persoane acestea apar mai devreme, pentru altele mai târziu, iar pentru altele chiar deloc.

9.1. MODIFICĂRILE CUTANATE

Pielea este considerată ca fiind ecranul pe care se proiectează cel mai bine bătrânețea. De starea pielii depinde dacă vom considera că cineva arată bine sau că arată mai tânăr decât este. Imaginea tipică a unui om în vârstă este dată în mare de cutele pielii din jurul ochilor, de pe frunte, de pe obraji, de sub maxilarul inferior, de pe gât și din zonele de flexie. La aceasta se mai adaugă aspectul „senil“ al pielii, dat în general de pielea uscată și puțin flexibilă, flască,

care păstrează mai mult timp semnul cutei, atunci când pielea este ușor strânsă între degete.

Pielea este un sistem complex al organismului, cu o suprafață de aproximativ 1,95 m^2 și o greutate de 2,75 kg la un om adult de înălțime și greutate medie. Prin ea trece cam o treime din cantitatea de sânge a corpului. În mod simplist, se poate spune că pielea este un organ cu două straturi, unul extern, epiderma, și altul intern, dermul. Stratul extern, epiderma, este încontinuu reînnoită pe baza înmulțirii celulelor germinative aflate în derm. Toate celulele pielii se află scăldate într-un mediu dat de o substanță proteică numită colagen care este brăzdată de fibre de elastină. Aceste două componente ale pielii conferă acesteia calitatea de a fi elastică, flexibilă.

În afară de rolul său protectiv evident, pielea joacă un rol important în reglarea temperaturii corpului și la balanța hidrică și minerală a organismului, protecția față de radiații, participă la competența imunologică a organismului și contribuie decisiv la producerea vitaminei D.

Se spune pe drept cuvânt că aspectul pielii trădează sănătatea individului sau, mai mult, ea exprimă și starea lui psihică, multe dintre bolile pielii fiind de origine psihosomatică.

Pielea și aspectul ei contribuie la constituirea aspectului exterior al corpului, este ceea ce arată vârsta individului și este ceea ce se prezintă în fața altora înainte de toate. Pielea participă astfel la construcția sentimentului de stimă de sine și de identitate. Nu e de mirare că oamenii, bărbați și femei deopotrivă, consumă atâtea resurse și timp pentru a-și îngriji pielea. Pe piele se exprimă multe emoții atât prin schimbarea culorii, cât și prin transpirație sau prin modificarea direcției firelor de păr. Tot pielea contribuie la sentimentul de confort termic, prin receptorii termici care dau senzația de cald sau rece.

Cu vârsta, se petrec schimbări în structura și funcționarea pielii: i) deshidratare, ii) scăderea activității glandelor sebacee și sudoripare care asigură umiditatea pielii, iii) pierderea elasticității prin faptul că conținutul de colagen și de fibre de elastină scade în cantitate și calitate, iv) atrofia stratului superficial și subțierea grosimii

pielii în general, v) rata de reînnoire a celulelor germinative ale pielii scade treptat, vi) numărul celulelor care dau culoare pielii scade și, astfel, culoarea pielii devine palidă, vii) pielea ia un aspect „senil“ caracterizată de paloare, subțiere, friabilitate, prezentând cute în zonele de flexie sau zonele flasce, acolo unde țesutul celular subcutanat și cel grăsos a dispărut, la care se mai adaugă diferite pigmentații parcelare cunoscute ca „pete senile“.

Se manifestă o tensiune între aparența externă a corpului și a feței, pe de-o parte, și capacitățile funcționale și sentimentul subiectiv al identității persoanei pe de altă parte, tensiune care crește odată cu înaintarea în vârstă. Corpul poate apărea „bătrân“, dar persoana poate să se considere încă tânără. Această tensiune, foarte evidentă în epoca actuală, face ca multe dintre mijloacele de combatere a bătrâneții să se adreseze înfățișării pielii, în special a pielii de pe față.

Există anumite modificări patologice care pot să însoțească îmbătrânirea pielii. Acestea sunt boli care apar mai frecvent la bătrânețe, dar care nu trebuie luate ca modificări specifice bătrâneții, ci doar ca evenimente patologice ce pot să apară cu o anumită probabilitate la vârsta înaintată, lucru care nu este obligatoriu. Dintre acestea, menționez: kerotoza cauzată de expunerea la soare, psoriazisul (tulburare autoimună), herpesul zoster (etiologie virală), ulcerațiile de decubit apărute după staționarea îndelungată în pat, ulcere varicoase date de boala varicoasă a membrelor inferioare, diferite varietăți de cancere de piele cu un nivel variabil de malignitate, melanomul având gradul de malignitate cel mai înalt.

9.2. MODIFICĂRILE PĂRULUI ȘI ALE UNGHIILOR

Părul și unghiile suferă și ele un proces de îmbătrânire odată cu înaintarea în vârstă. Unghiile devin tari, groase, cornoase, friabile și își pierd luciul natural. Senescența părului se caracterizează în special prin decolorarea lui, părul alb fiind considerat de

cele mai multe ori ca un indicator al vârstei individului. Părul se subțiază și se rupe ușor și se asistă ori la rărirea părului de pe cap, în special la femei, ori la căderea lui de pe zone mai mult sau mai puțin întinse, caracteristic mai ales pentru bărbați. În schimb, pot apărea fire de păr gros în zone indezirabile, precum pe urechi și în nas la bărbați sau pe buza superioară și bărbie la femei. Dintre tulburările patologice frecvente la oamenii în vârstă, menționez aici micozele unghiilor, cel mai frecvent la unghiile de la picioare, și alopecia la femei.

9.3. MODIFICĂRILE SISTEMULUI OSTEO-ARTICULAR ȘI MUSCULAR

Sistemul osteo-articular este alcătuit din oase, cartilaje, ligamente și tendoane, care împreună alcătuiesc scheletul ce protejează organele interne și permit postura verticală și mișcările corpului. Oasele omului, în număr de 206, sunt compuse dintr-o materie organică, osteina, și din minerale. Conținutul oaselor este dinamic, se reînnoiește încontinuu prin acțiunea a două tipuri de celule: celulele generatoare, numite osteoblaste, care secretă osteină și care atrag mineralele necesare din fluxul sangvin, și celulele osteoclaste, care reabsorb țesutul osos vechi. Prin această balanță, dintre ce se sintetizează și ce se reabsoarbe, osul este menținut mereu tânăr, într-o structură suficient de rezistentă pentru funcțiile cu care a fost investit. Această dinamică este importantă și în cazul refacerii oaselor după fracturi sau distrucții de alt gen.

Dintre funcțiile importante ale sistemului osteo-articular, amintim: i) suport pentru țesuturile moi ale organismului, precum mușchi sau organe interne, ii) protecție pentru organele vitale ale organismului: creier, inimă, plămân, ficat, rinichi etc. iii) permite mișcarea corpului și astfel deplasarea, activitatea fizică de diferite tipuri, apărarea, lupta și alte acțiuni fizice necesare pentru supraviețuirea individului; iv) participă la metabolismul mineralelor (calciu, magneziu, fostor, sulf, sodiu etc.), participă la

depozitarea și mobilizarea acestor minerale în funcţie de nevoile organismului; v) oferă protecţie măduvei osoase care este locul în care se nasc celulele sangvine.

Odată cu vârsta, se asistă la o înclinare a balanţei dintre formare și resorbţie în favoarea reabsorbţiei și, astfel, osul conţine mai puţină materie organică, osteină și mai puţine minerale. Acest proces se numeşte osteoporoză, proces care face ca oasele să devină mai puţin dense și mai friabile, deci mai uşor de fracturat. În același timp, se asistă și la un proces de uzură a cartilajelor articulare cu deshidratare, pierderea flexibilităţii și depuneri minerale, lucru care se exprimă prin limitarea amplitudinii mişcărilor în articulaţii, apariţia de zgomote intraarticulare, deformări articulare și apariţia de dureri la mișcări și inflamaţii cronice.

În funcţie de structură și funcţie, organismul conţine trei feluri de mușchi; i) mușchii striaţi sau scheletali, care sunt sub control voluntar și care sunt asociaţi sistemului osteo-articular, permiţând postura și mișcarea corpului, ii) mușchii netezi, care sunt asociaţi organelor interne și vaselor sangvine și a căror contracţie sau relaxare este doar sub controlul sistemului nervos vegetativ, și iii) mușchiul cardiac.

Mușchii scheletali au în mare două mari funcţii: i) asigură deplasarea corpului în totalitate sau doar a diferitelor segmente sau membre prin mișcări complexe, efectuate în diferite planuri, pe baza cărora individul își construiește diferite abilităţi motorii care îi permite să execute activităţi legate de supravieţuire, de apărare, activităţi profesionale, activităţi recreaţionale; ii) asigură postura bipedă a corpului, echilibrul, balansul, mersul în diferite planuri, prin faptul că mușchii scheletali posedă un tonus și o spasticitate care permite ca oasele și articulaţiile să rămână în anumite opoziţii indiferent de forţele exterioare.

În mare, ţesutul muscular are proprietăţi precum: i) excitabilitate sau reactivitatea la stimularea electrică sau nervoasă a fibrelor musculare, ii) contractilitate sau capacitatea de a se contracta și scurta când este stimulat, iii) extensibilitate sau lungire, iv) relaxare și v) elasticitate. Tocmai aceste proprietăţi sunt cele care se

deteriorează treptat de-a lungul vieții. De exemplu, s-a văzut că forța musculară crește cu vârsta ca să ajungă la un maxim în jurul vârstei de 20-30 ani, ca mai apoi să scadă treptat. La fel, rapiditatea cu care se contractă mușchii după o stimulare urmărește aceeași curbă, oamenii devenind mai lenți cu vârsta. Și flexibilitatea și tonusul suferă același proces, astfel că, la persoanele în vârstă, mușchii nu mai sunt așa de flexibili și reliefați ca la vârste tinere. Se mai spune că există și un grad de atrofie musculară cauzată de vârstă. Desigur că există variații individuale legate atât de zestrea genetică, cât și de practicarea zilnică de exerciții fizice sau de stilul de viața.

Tulburările patologice ale sistemului osteo-articular și muscular cu frecvența cea mai mare în acest ciclu de viață ar fi: osteoporoza cu durerile însoțitoare sau chiar cu apariția de fracturi spontane, artritele și artrozele (date de modificările inflamatorii și degenerative ale țesuturilor articulare) cu localizarea cea mai frecventă la genunchi sau șolduri, poliartrita reumatoidă (tulburare cu o componentă autoimună), guta, prin creșterea nivelului de acid uric și depunerea în articulații cu inflamația lor consecutivă, miastenia (boala autoimună ce afectează transmiterea influxului nervos la mușchi), bursitele (inflamații ale tendoanelor și tecilor conjunctive care învelesc tendoanele și articulația în general).

9.4. MODIFICĂRILE SISTEMULUI NERVOS

Când vorbim de sistemul nervos, ne gândim la creier, măduva spinării și nervii periferici. Împreună, aceste structuri alcătuiesc cel mai complex sistem al organismului care îndeplinește funcții esențiale pentru supraviețuirea biologică, socială și culturală și pentru reproducerea speciei umane.

Indiferent de care structură nervoasă vorbim, ea funcționează în mare conform unui algoritm de evenimente prin care un stimul

din afara sau dinăuntru organismului este receptat, interpretat, integrat cu celelalte informații și în final generează un răspuns.

Se poate spune că creierul uman este organul la care ajung toate informațiile, pe care el le interpretează, le integrează și furnizează o reacție adecvată. Astfel, el participă la toate activitățile corpului, în mod esențial la homeostazia prin reglarea respirației, a frecvenței cardiace, a pH-ului, a temperaturii corpului, a presiunii sangvine etc. La fel, el inițiază toate actele voluntare ale comportamentului, este locul unde organele de simț realizează percepția finală a informațiilor culese de receptorii periferici, este locul unde se generează emoțiile și pulsiunile, este locul conștiinței și al limbajului, al funcțiilor executive prin care noi luăm act de lumea din jur, o interpretăm, o memorăm, o judecăm, luăm decizii, planificăm acțiuni și imaginăm viitorul.

Sistemul nervos suferă un proces de maturare de-a lungul primilor ani de viață și, astfel, se poate considera că evenimentele din această perioadă pot avea un rol important pentru felul cum se structurează persoana. Rețeaua de miliarde de neuroni din care este compus creierul nostru se aranjează și rearanjează conform unui program genetic, dar și după cum anumite evenimente se repetă și astfel creierul le învață. Se spune că, prin acest proces neuro-plastic, prin care rețeaua neuronală se tot schimbă sub influența stimulilor externi și a procesului de învățare, creierul se sculptează și resculptează pe el însuși. El este un organ care învață mereu și se schimbă în funcție de ceea ce învață. Într-o analogie cu un computer, se poate spune că creierul este ca și sistemul operațional sub care rulează programe care sunt instalate și dezinstalate de cerințele lumii exterioare.

Schematic, creierul este format din structuri vechi, apărute devreme în evoluție, aflate la baza creierului și pe care, în mare, le împărtășim și cu alte ființe superioare, structuri implicate în viața vegetativă, bazală a individului, respectiv în menținerea homeostaziei, în percepția și controlul mișcărilor și posturii și în răspunsul emoțional. Aceste structuri alcătuiesc creierul vechi sau creierul „*reptilian*". Peste el, într-o arhitectură supraetajată, se află creierul

nou, apărut mai târziu în evoluție, care este alcătuit din scoarța cerebrală. Este vorba de creierul care generează conștiința de sine și despre lume, unde individul pune lumea și pe el însuși în cuvinte și, astfel, gândește, creează, imaginează și venerează.

Pe lângă toate aceste structuri nervoase prin care individul relaționează cu lumea și cu alții, numite în consecință și sistemul nervos de relație, mai există și sistemul nervos autonom sau vegetativ, cel care realizează coordonarea funcțiilor organismului cu cerințele externe și interne, sistem care se compune din două subsisteme care ar părea antagonice și din al căror echilibru se naște echilibrul vieții noastre organice: sistemul nervos simpatic și sistemul nervos parasimpatic.

Există evidențe de necontestat că sistemul nervos suferă schimbări legate de vârstă, atât în copilărie, cât și la bătrânețe. Dintre acestea din urmă, le menționez pe cele mai importante:

- S-a demonstrat că, încă din tinerețe, se asistă la un proces de pierdere neuronală, dar acest fenomen nu se evidențiază într-o pierdere funcțională din cauză că numărul neuronilor excede necesarul cu mult. Această pierdere neuronală este evidențiată macroscopic prin micșorarea volumului și a greutății creierului; cele mai susceptibile regiuni ale creierului la acest proces de atrofie fiind regiunile mai noi, cele ale scoarței cerebrale. Dacă pierderea de volum a întregului creier este de 0,2% pe an, scoarța cerebrală pierde 0,5% pe an. Această scădere de volum se evidențiază neuroimagistic și este mai evidentă la nivelul ventriculilor cerebrali (cavități din creier pline cu lichid cefalorahidian care îi conferă stabilitate structurală) și la nivelul lobilor frontali, sediul principal al funcțiilor executive.
- La nivel microscopic, se constată o pierdere a conectivității neuronale, adică a numărului de legături dintre neuroni, deci a relațiilor funcționale dintre neuroni. La fel se evidențiază și modificări structurale ale neuronilor înșiși (apariția de vacuole în corpul celulelor) ca expresie a îmbătrânirii celulare.
- S-a mai constatat o pierdere a cantității de neuromediatori, substanțele chimice care facilitează transmiterea influxului

nervos de la un neuron la altul și a numărului de receptori pe care aceste substanțe se fixează pentru a transmite informația.

– Modificări ale celulelor gliale, de susținere a neuronilor, și ale capilarelor și vaselor sangvine mici, trădând posibile deficite metabolice, de oxigenare și utilizare a glucozei la nivel neuronal.
– Funcțional, aceste modificări se manifestă prin scăderea vitezei influxului nervos, a conectivității interneuronale și a activității electrice cerebrale evidențiată pe electroencefalogramă; reflexele motorii și timpul de reacție este încetinit.
– Modificarea alternanței veghe-somn și modificări calitative ale somnului.
– Modificări ale coordonării neuro-motorii cu pierderea treptată a controlului echilibrului.

Dintre bolile sistemului nervos ce pot apărea odată cu creșterea în vârstă, menționez: boala Parkinson și alte tulburări ale sistemului nervos evidențiate prin tremor al extremităților, tumori diverse ale creierului și ale meningelor, tulburări ischemice cerebrale mergând până la accidente vasculare cu afectarea mișcărilor și a vorbirii (hemipareze, hemiplegii etc.), grade diverse de demență senilă, vasculară sau boală Alzheimer, tulburări cronice de somn cu insomnii sau apnee în timpul somnului (respirație pe gură și episoade de 5-10 secunde de întrerupere a respirației în timpul somnului), boala picioarelor neliniștite, inversarea ciclului veghe-somn, polinevrite metabolice date mai ales de diabet sau abuz de alcool.

9.5. MODIFICĂRILE ORGANELOR DE SIMȚ

Organele de simț sunt componentele esențiale ale organismului prin care ne orientăm în mediul fizic, prin care decelăm pericolele, sursele de hrană sau plăcere, pe scurt, prin care obținem toate informațiile necesare pentru a ne orienta, adapta și supraviețui. Comportamentul adaptativ al omului depinde de integritatea

organelor de simț. Există un acord unanim în constatarea că acuitatea organelor de simț în a culege informații scade cu vârsta, și am putea spune că cel puțin scăderea acuității auzului și văzului ar putea face parte din portretul robot al unui individ bătrân de pretutindeni. Această pierdere se face progresiv, odată cu creșterea în vârstă, și ne duce cu gândul la teoria uzurii organismului sau la cea a programării genetice a bătrâneții de care am vorbit mai sus. Desigur că putem spune că această pierdere nu este uniformă și că există diferențe între indivizi. Apoi mai putem spune că, dacă se pierde ceva din sensibilitatea unui organ de simț, această pierdere este compensată de individul respectiv prin diferite metode (de exemplu, proteze auditive sau ochelari de vedere), dar și prin diferite metode individuale de compensare precum a fi mai atent, a aranja lucrurile într-o anumită ordine pentru a fi mai ușor găsite, a ritualiza anumite activități etc.

Pierderea acuității vizuale odată cu vârsta se numește „*presbiopie*" și este dată de îmbătrânirea corneei și a slăbirii acomodării făcute de pupilă și a mușchilor cristalinului, de modificări ale axelor ochiului. Se mai constată o pierdere a flexibilității generale a ochiului și o reducere a numărului de receptori de pe retină. Afectarea cea mai timpurie este însă îngustarea câmpului vizual cu pierderea vederii periferice și o reducere a adaptării la întuneric.

Pierderea acuității auditive odată cu vârsta se numește „*presbiacuzie*" și este cauzată de modificările de flexibilitate a structurilor urechii medii (timpan și lanțul oscioarelor format din scăriță, ciocan și nicovală) și prin pierdere de sensibilitate a elementelor senzoriale cohleare din urechea internă. Aproape 30% dintre indivizii trecuți de 65 de ani au probleme de auz și 33% dintre oamenii trecuți de 85 de ani au o pierdere aproape totală a auzului. Trebuie să mai știm că urechea internă, prin canalele semicirculare, are un rol esențial în păstrarea echilibrului, iar la unii bătrâni, ca expresie a procesului general de uzură și de modificări anatomo-funcționale, se constată tulburări de echilibru, momente scurte de dezechilibru la trecerea de la o poziție la alta, fără ca să le putem trece în categoria tulburărilor patologice, ci doar ca un alt inconvenient pe care vârsta îl aduce uneori.

Celelalte organe de simţ sunt mai puţin afectate de procesul de senescenţă, deşi uneori se poate întâlni o descreştere a acuităţii simţului pipăitului şi mirosului.

În general, se poate afirma că scăderea capacităţii organelor de simţ odată cu vârsta nu aduce atât de multe deficienţe sau inconveniente oamenilor în vârstă pe cât le aduce imaginii lor sociale, ca de exemplu purtatul ochelarilor de vedere sau al protezelor auditive.

Printre tulburările patologice cele mai frecvente ale organelor de simţ la această vârstă sunt cataracta şi glaucomul (se menţionează că între 7 şi 15% dintre persoanele de peste 65 de ani suferă de aceste afecţiuni), retinopatia diabetică, degenerescenţa maculară de vârstă (degenerescenţa părţii centrale a retinei), tinitus (ţiuitul în urechi), diferite grade de surditate de transmisie sau centrală, sindrom Ménière şi alte sindroame vestibulare (manifestate prin episoade mai mult sau mai puţin cronice de ameţeală şi tulburări de echilibru).

9.6. MODIFICĂRILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

Sistemul cardiovascular are rolul de cărăuş al sângelui spre toate organele şi ţesuturile corpului, sânge care transportă oxigen, glucoză, proteine, minerale şi alte substanţe necesare vieţii şi care, cu această ocazie, epurează aceste organe şi ţesuturi de substanţele rezultate din metabolism şi a căror acumulare este incompatibilă cu viaţa. Pentru ca acest transport să fie posibil, sângele trebuie împins sub o anumită presiune şi într-o anumită direcţie, condiţii care sunt asigurate de structura şi activitatea inimii, de organizarea şi funcţionarea sistemului arterial, venos şi capilar. Deşi ritmul cardiac este o activitate cvasiintrinsecă a muşchiului cardiac, activitatea sistemului cardiovascular este în strânsă legătură cu activitatea sistemului nervos vegetativ, endocrin şi cu celelalte sisteme funcţionale ale organismului.

Tulburările funcţionării sistemului cardiovascular şi condiţiile lui patologice sunt principala cauză de deces în ţările dezvoltate. Se

cunoaște astăzi importanța factorilor de risc în apariția bolilor cardiovasculare, factori care pot fi în mod grosier împărțiți în factori nemodificabili, precum încărcătura genetică, sexul (bărbații sunt mai predispuși), originea etnică și vârsta, iar alții care sunt modificabili, precum hipertensiunea arterială, diabetul, nivelul crescut al colesterolului și al altor grăsimi în sânge, folosirea alcoolului, fumatul, alimentația bogată în calorii și viața sedentară. Nu toți oamenii în vârstă sunt expuși la aceste riscuri în mod egal. La fel, nu trebuie gândit că vârsta înaintată aduce în mod automat boli cardiovasculare, dar nici nu trebuie ignorant că majoritatea cauzelor de deces la vârsta înaintată sunt din această cauză. Una este să faci o tulburare de ritm cardiac la 65 de ani și alta este să o faci la 85 de ani sau niciodată.

Dacă vârsta este un factor de risc pentru bolile cardiovasculare, putem să ne punem întrebarea: ce modificări se petrec în sistemul cardiovascular odată cu creșterea în vârstă? Există modificări bine demonstrate anatomic și funcțional dintre care amintesc:

– modificări în structura mușchiului cardiac: depuneri de țesut adipos, creșterea ponderii țesutului conjunctiv, scăderea numărului de celule ale sistemului excito-conductor al inimii (nucleii și fasciculele care asigură contracția ritmică a mușchiului inimii), reducerea volumului fibrelor musculare cardiace, subțierea și scleroza valvulelor cardiace;
– modificări ale funcției cardiace: scăderea forței de contracție a mușchiului cardiac și reducerea consecutivă a debitului cardiac (s-a constatat că debitul cardiac scade la fiecare 10 ani cu 3%), nevoia crescută de repaus între bătăile cardiace, tulburări de excitabilitate intrinsecă a inimii cu apariția de extrasistole și alte feluri de tulburări de ritm cardiac, posibile modificări ale debitului și fluxului sangvin intracavitar cu apariția condițiilor pentru fenomene de insuficiență valvulară;
– modificări ale vaselor coronare, vase care hrănesc inima cu sânge, care pot consta în depunerea de țesut grăsos, creșterea țesutului fibros și apariția fenomenului de arterioscleroză cu pierderea consecutivă a elasticității și condiții prielnice de tromboză și ischemie;

– modificări ale vaselor sangvine: modificarea generală a vaselor de sânge care se produce odată cu creșterea în vârstă se numește arterioscleroză și cauzată în general de creșterea țesutului fibros cu pierderea consecutivă a elasticității pereților vasculari și a depunerilor de țesut grăsos care apoi pot suferi o transformare calcaroasă; mai există posibilitatea de dezlipire a straturilor componente ale vaselor sangvine și apariția de condiții favorabile pentru constituirea de anevrisme și rupturi ale pereților vasculari, dilatații venoase cu apariția condițiilor pentru staza venoasă și inflamații consecutive.

Dintre bolile cardiovasculare mai des întâlnite la vârstă înaintată, amintim tulburările de ritm cardiac (aritmii diverse), insuficiența coronariană cu angină pectorală, infarctul miocardic, insuficiența cardiacă, hipertensiune arterială, insuficiență venoasă la membrele inferioare (varice) cu sau fără tulburări trofice ale tegumentelor (ulcere varicoase), inflamații ale venelor membrelor inferioare (tromboflebite).

9.7. MODIFICĂRILE SISTEMULUI RESPIRATOR

Sistemul respirator este sistemul care permite organismului să facă schimbul de gaze (oxigen, dioxid de carbon, azot) între atmosferă și cele dizolvate și transportate de sânge. Pe această bază, organismul poate capta oxigenul atmosferic indispensabil vieții și elimina dioxidul de carbon rezultat din arderile metabolice. Între compoziția și presiunea parțială a acestor gaze din atmosferă și cele din sânge este un echilibru la care participă plămânul și alte organe și sisteme ale organismului.

Când vorbim de sistemul respirator, ne gândim la căile aeriene și plămâni. Căile aeriene sunt compuse din acele structuri care permit fluxului de aer să ajungă la plămân, respectiv nas, gură, faringe, laringe, trahee, bronhii și bronșiole, și plămân, care are o structură alveolară ca niște saci minusculi legați de o bronșiolă.

Alveolele reprezintă nivelul la care se face schimbul de gaze între sânge și aerul inspirat/expirat. Se poate figura alcătuirea sistemului respirator ca cea a unui arbore: căile respiratorii superioare pot fi comparate cu trunchiul arborelui, bronhiile cu crengile groase, bronșiile cu crengile mici, iar alveolele cu frunzele de la aceste rămurele. Sângele încărcat cu dioxid de carbon este împins de partea dreaptă a inimii spre plămâni unde este schimbat cu oxigenul din aerul inspirat și apoi împins spre partea stângă a inimii care îl distribuie întregului organism.

Sistemul respirator mai participă activ la homeostazia organismului atât prin menținerea constantă a conținutului de oxigen a sângelui, cât și prin participarea activă la menținerea echilibrului dintre mediul acid și alcalin (pH-ul sângelui), a temperaturii și a balanței hidrice a corpului. De exemplu, atunci când este foarte cald, omul își mărește frecvența respirațiilor, permițând ca astfel să se piardă căldură odată cu aerul ventilat, proces care însă conduce la evaporarea apei din sânge, lucru care trebuie compensat și care se face prin apariția senzației de sete și ingerarea de lichide atât cât simte organismul că are nevoie.

Sistemul respirator este, alături de piele, sistemul organismului care are legătură cu mediul înconjurător prin aerul atmosferic pe care-l ventilează. Aceasta îl face destul de sensibil la modificările mediului înconjurător precum temperatura, umiditatea sau conținutul de substanțe chimice nocive, praf, alergeni, microorganisme etc.

Odată cu vârsta, se produc modificări atât în structură, cât și în funcția sistemului respirator. Încă odată menționez că modificările aduse de vârstă nu sunt niciodată în registrul patologic. Aceste modificări pot vulnerabiliza organismul, dar ele nu sunt echivalente cu o boală, bătrânețea nu trebuie considerată o boală! Dintre aceste modificări, menționăm:

– modificări ale membranei epiteliale a căilor respiratorii superioare (nas, gură, faringe, laringe, trahee), cu fenomene de atrofie și deshidratare,
– reducerea activității escalatorului muco-ciliar (perișori și mucozități care acoperă ca o peliculă interiorul traheii și

bronhiilor mari și care are o mișcare ascendentă cu rol de prindere a particulelor străine și epurarea lor prin reflexul de tuse);

- reducerea sensibilității epiteliului căilor respiratorii superioare, conducând la reducerea reflexului de tuse – foarte important pentru curățarea acestor căi de particule și secreții;
- reducerea capacității imunologice a căilor respiratorii; în aceste căi există o floră microbiană normală, menținută în echilibru cu microbii care apar din exterior prin procesul de ventilare a aerului atmosferic grație unei capacități imunologie specifice acestui tract respirator; odată cu bătrânețea, se asistă la diminuarea acestei capacități imunologice de unde apariția frecventă de episoade de inflamație a căilor respiratorii tradusă prin tuse și expectorație cu tendința de cronicizare;
- modificări structurale ale membranei alveolare cu atrofii ale structurii epiteliale, apariția de țesut fibros, pierderea elasticității lor și chiar ruptura pereților și unirea mai multor alveole într-una singură mai mare și globuloasă; se asistă la ceea ce se numește mărirea de volum a plămânilor prin faptul că alveolele rigide sau formate prin rupere rămân pline cu aer, scade capacitatea lor de a primi mai mult aer bogat în oxigen și tot procesul acesta de pierdere a elasticității plămânului și reducerea suprafeței de schimb de oxigen se numește emfizem pulmonar; cu anii, apare un grad de emfizem care este mai accentuat la cei care fumează, care au avut frecvent bronșite cronice sau la cei care au o tendință genetică pentru acest fenomen de fibrozare și dilatare a structurii alveolare a plămânului; se înțelege că acest proces influențează schimburile de oxigen de la nivelul membranei alveolare, atât prin micșorarea suprafeței acestora prin ruperea alveolelor, cât și prin cantitatea redusă de aer ventilat datorită creșterii cantității de aer stagnant în aceste alveole lipsite de elasticitate.

La toate acestea, se mai pot adăuga aparatului respirator condiții externe precum scăderea forței mușchilor intercostali și a diafragmei, care asigură dilatarea volumului cuștii toracice și, astfel, destinderea plămânului cu fiecare inspirație, și rigiditatea

cuștii toracice prin osificarea cartilagiilor ce leagă coastele de stern și, astfel, cușca toracică se destinde mai puțin.

Dintre condițiile patologice care apar mai des la bătrânețe, amintim: laringite, bronșite acute și cronice, bronșita obstructivă cronică, emfizemul pulmonar, pneumonie și bronhopneumonii de diverse origini (microbiene și virale).

9.8. MODIFICĂRILE SISTEMULUI DIGESTIV

Sistemul digestiv este format dintr-o suită de organe cavitare și de glande anexe având ca scop digerarea alimentelor ingerate și transformarea lor în elemente compatibile cu organismul; astfel, absorbția lor poate să ia parte la procesul de furnizare de energie și construcție a structurii organismului, iar ceea nu este adecvat sau rezidual să poată fi eliminat.

Sistemul digestiv este format din următoarele organe cavitare: gură, faringe, esofag, stomac, intestin subțire, colon sau intestin gros. În constituția lui intră și glandele anexate lui, cu rol în procesul de digestie precum glandele salivare, ficatul și pancreasul. Aceste organe glandulare au ca scop secreția de diverși compuși, în majoritate enzime, cu rol în procesul de digestie, respectiv de descompunere a principiilor alimentare în elementele lor constitutive care pot fi astfel absorbite de-a lungul tractului digestiv. Trebuie să mai adaug că astfel de enzime digestive sunt secretate și de alte glandele digestive aflate în pereții tractului digestiv, de exemplu în pereții stomacului. Înaintea procesului de digestie enzimatică, alimentele suferă o transformare mecanică care începe în gură prin masticație și continuă de-a lungul tubului digestiv prin acțiunea mușchilor netezi aflați în peretele stomacului și al intestinelor. Acești mușchi au rolul de a fărâmița alimentele, de a le amesteca cu conținutul secretor din tractul digestiv și de a transporta bolul alimentar de-a lungul tractului digestiv, a-l aduce în contact cu diferite structuri și a-l ține la acele nivele atâta cât este necesar, ca

mai apoi să-l împingă la următorul nivel, iar, în final, ceea ce rămâne să fie eliminat prin procesul de defecație.

Există o funcționare sinergică a componentelor întregului tract digestiv care se bazează pe transmiterea informațiilor despre cantitatea și structura alimentelor ingerate aflate la diferite etaje ale tractului digestiv și eliberarea enzimelor digestive și a altor substanțe necesare digestiei, precum secreția biliară. Pe baza acestor informații, „bolul alimentar“, adică acea cantitate de alimente ingerată o dată într-un episod alimentar, este transportat activ de-a lungul tractului digestiv cu viteza necesară descompunerii lui enzimatice și absorbției în curentul sangvin a compușilor rezultați. Astfel, glucidele încep să fie digerate încă din gură pentru că saliva conține enzima capabilă să facă aceasta, pe când grăsimile și proteinele încep să fie transformate din stomac ca mai apoi să fie atacate enzimatic începând din intestinaul subțire sub acțiunea fermenților pancreatici și intestinali. Este bine de știut că organismul uman nu poate digera în mod natural celuloza. Mereu ni se recomandă alimentație bogată în fibre, dar această recomandare nu se bazează pe transformarea lor enzimatică în tractul digestiv, ci pe rolul lor în digestia și motilitatea acestuia luat ca întreg. Această funcționare sinergică este asigurată de eliminarea unor hormoni locali, care funcționează ca *„mesageri*“ între aceste organe, de sistemul nervos vegetativ și de rețeaua nervoasă locală. În afară de procesul local de reglare digestivă, mai este și unul nervos central, știut fiind că alimentele care ne provoacă poftă și salivație sunt de regulă și cele mai bine digerate.

Tot în tractul digestiv sunt sintetizate vitamine, precum vitamina B_{12} în stomac și vitamine din grupul B în intestinul gros. În intestinul gros există o floră microbiană normală care participă la degradarea produselor digestive care ajung la acest nivel, floră care participă la sinteza acestor vitamine.

Desincronizări sau deficiențe mai importante în această organizare se traduc în simptome de proastă digestie, precum senzația de plin, de balonare, de „indispoziție digestivă“, greață, gust amar, dureri în diferite etaje ale abdomenului, tranzit intestinal accelerat

sau încetinit sau vărsături. Pe baza a cât de bine tolerate sunt, individul își dirijează alimentația construindu-și propria dietă, respectiv alimentele care îi plac sau nu, alimentele care îi fac bine sau nu și alimentele care îi produc poftă de mâncare sau nu.

Cred că fiecare dintre noi a observat că, de-a lungul vieții, capacitatea de a digera alimente se schimbă treptat. Dacă la tinerețe aveam o poftă de mâncare „pantagruelică", puteam mânca orice și în cantități mari, treptat am constatat că ar trebui să devenim mai ponderați, mâncăm ce ne place mai mult și apoi ce ne priește mai mult. Pe nesimțite, ne-am restrâns aria de alimentație pe baza unor „gusturi" și rețete alimentare care traduc de fapt ceea ce ne face bine și ce nu. Tot cu vârsta, am conștientizat că, de fapt, este vorba de sistemul nostru digestiv care tolerează sau nu anumite alimente sau mâncăruri și, astfel, „lista noastră de bucate" a devenit și mai selectivă, ca mai apoi, la bătrânețe, să constatăm că ar fi bine să ținem un pic de „regim". Toată această evoluție trădează modificările anatomo-funcționale ale sistemului digestiv aduse de vârstă.

În mare, constituția anatomica a tractului digestiv este dată de existența unui strat interior, epitelial și glandular, a unui strat mediu, muscular, și a unui strat exterior conjunctiv, fibros. Structura sistemului glandular, ficat și pancreas, este mult mai complexă. Există asemănări între ceea ce se întâmplă cu pielea și cu stratul epitelial ce căptușește tractul digestiv. Datorită efortului mecanic și metabolic, stratul epitelial se descuamează progresiv și este mereu înlocuit cu altul nou, obținut prin diviziunea celulară a celulelor germinative din acest epiteliu. Cu vârsta, acest proces de reînnoire scade, celulele nu mai sunt înlocuite cu aceeași viteză, rămân mult mai mult timp pe loc și, astfel, ele îmbătrânesc fără a mai fi înlocuite de altele, ci înlocuite de țesut conjunctiv care este inert din punct de vedere funcțional. Sub presiunea tensiunilor din intestine, pot apărea cu vârsta dilatări, diverticuli sau excrescențe pediculare care produc și mai multe probleme digestive. Acest proces de senescență a membranei digestive conduce la digestie greoaie, deficiență în absorbție, atât a principiilor alimentare, cât și a apei și a mineralelor, intoleranțe alimentare și simptome digestive.

Alături de senescența membranei epiteliale există și una a stratului muscular cu scăderea forței acesteia, cu lenevire și mișcare greoaie a bolului alimentar din stomac și intestinul subțire și a „bolului fecal“ din intestinal gros.

Dintre modificările tractului digestiv, aduse de vârstă, menționăm:

– masticație greoaie și incompletă dată de modificări ale dentiției și reducerea cantității de salivă, de unde senzația habituală de gură uscată, dificultăți de înghițire și tendința de înecare dată atât de uscăciunea gurii, cât și de slăbirea mușchilor faringieni și de o dissinergie între mușchii faringieni și glotă, explicată uneori și de o proastă funcționare a reflexului de înghițire controlat de nervii cranieni;.
– probleme dentare cu apariția cariilor și a paradontozei ca rezultat al atrofiei mucoasei gingivale, scăderea capacității imunologice a salivei și creșterea florei microbiene bucale;
– slăbirea mușchilor esofagului și creșterea timpului de pasaj al alimentelor prin esofag și posibilitatea de reflux al conținutului gastric retrograd spre esofag;
– slăbirea musculaturii stomacului și atrofia glandelor și a epiteliului stomacal care conduce la stază gastrică, reducerea secreției și a acidității stomacale, și chiar a secreției de vitamină B_{12};
– slăbirea musculaturii peretelui intestinului subțire cu staza bolului alimentar, atrofia membranei intestinale conducând la probleme de secreție a enzimelor, de absorbție a nutrimentelor rezultate din procesul de digestie, pasajul mai departe al alimentelor nedigerate complet care produce iritație, edem și secreție a mucoasei intestinale, creșterea mișcărilor pereților intestinali și apariția diareii;
– reducerea enzimelor digestive secretate de pancreas, a secreției biliare hepatice, desincronizarea cu procesul de digestie din intestinul subțire, prin perturbarea activității mesagerilor digestivi și a sistemului nervos local, intrinsec, al complexului hepato-pancreato-intestinal;

– reducerea forței mușchilor colonului cu stază a bolului fecal, atrofie a membranei epiteliale cu probleme de absorbție în special a apei și a mineralelor, modificarea florei intestinale, scăderea sintezei de vitamine B;
– tendința de tranzit intestinal încetinit cu apariția constipației.

Dintre condițiile patologice a căror apariție este favorizată de modificările anatomo-funcționale ale sistemului digestiv la bătrânețe, amintim: boala de reflux gastroesofagian, hernia hiatală, ulcerul gastric, colecistitele cronice și litiaza biliară, insuficiența enzimatică pancreatică sau pancreatita cronică, diverticulii sau polipoza intestinală, colonul iritabil, constipația cronică, cancerele digestive cu diferite localizări.

9.9. MODIFICĂRILE SISTEMULUI URINAR

Sistemul urinar sau excretor este sistemul care asigură epurarea organismului de produșii rezultați din arderile metabolice, care asigură echilibrul apei și al mineralelor în organism, al substanțelor acide versus alcaline, așa-numitul pH, și al presiunii sangvine.

Acest sistem este compus din organe perechi, rinichii și ureterele, aflate pe părțile laterale ale corpului, și din organe mediane, vezica urinară și uretra.

Pentru a sublinia încă o dată importanța sistemului excretor este suficient să amintesc că în fiecare minut inima trimite o pătrime din volumul de sânge pompat la rinichi și în fiecare 24 de ore cam 200 de litri de lichid trec prin rinichi, din care în jur de 1% este eliminat sub formă de urină, restul fiind reabsorbit și trimis înapoi în curentul sangvin. Disfuncțiile activității sistemului excretor se repercutează asupra întregului organism și pierderea capacității funcționale a rinichiului este incompatibilă cu viața.

Odată cu vârsta, se produc anumite schimbări anatomo-funcționale ale sistemului excretor dintre care amintim:

- volumul rinichilor descrește cu vârsta prin scăderea numărului de glomeruli, unitatea morfo-funcțională a rinichiului. Astfel, după vârsta de 70 de ani, se poate constata o reducere cu 30% a numărului glomerulilor, deși rinichiul este încă funcțional;
- se constată un proces de scleroză glomerulară prin modificarea structurii anatomice epiteliale a glomerurilor și creșterea ponderii țesutului conjunctiv, fibros și funcțional. Aceste modificări se traduc prin scăderea capacității de filtrare și reabsorbție a lichidelor, a mineralelor și a altor substanțe care ajung la nivelul glomerulilor. Numărul excedentar de glomeruli face ca procesul de dispariție a acestora să nu influențeze procesul de epurare sangvină până în momentul când această scădere ajunge la un punct critic. S-a constatat că, după vârsta de 40 ani, există o reducere constantă a ratei filtrării glomerulare de 1 mL/minut/an, ajungându-se de la aproximativ 150 mL/minut la 20 de ani, la 75 mL/minut la 80 de ani;
- capacitatea de a concentra urina, adică raportul dintre apă și substanțele care trebuie excretate face ca pentru aceeași cantitate din aceste substanțe să se elimine o cantitate mai mare de apă, astfel oamenii în vârstă suferă un proces de deshidratare atât prin scăderea senzației de sete, cât și prin pierderea unei cantități mai mari de apă prin rinichi;
- vasele de sânge care pătrund până la nivelul glomerular se îngustează prin procesul general de arterioscleroză, iar volumul de sânge ajuns la acest nivel scade;
- ureterele, tuburile care drenează urina de la rinichi până în vezica urinară, devin mai puțin flexibile; apar condițiile pentru staza urinei în aceste formațiuni cu apariția condițiilor favorizante pentru infecții;
- capacitatea vezicii urinare de a stoca urina scade din cauza unui proces de pierdere a elasticității și de slăbire a forței musculaturii peretelui vezicii; astfel, persoanele în vârstă trebuie să urineze mai des pentru mai puțin: capacitatea vezicii scade de la 350-400 mL la 200-300 mL la vârstă înaintată. Din aceleași considerente anatomo-funcționale, senzația de urinare

este mai frecventă și mai urgentă la bătrâni decât la tineri, în cazul bărbaților existând și un alt factor favorizant al acestor modificări de urinare precum creşterea în volum a prostatei, o glandă care este poziționată în jurul porțiunii superioare a uretrei, conductul care porneşte de la vezica urinară spre exterior.

Dintre bolile aparatului excretor care pot apărea frecvent la bătrânețe, amintim: litiaza renală, insuficiența renală cronică de diferite cauze (deteriorarea progresivă a funcției renale conducând la acumularea de uree în sânge), infecțiile la nivelul tractului urinar numite, în funcţie de localizare, pielonefrite sau cistite, inflamații ale țesutului renal numite glomerulonefrite, pierderea capacității de reținere a urinei (incontinență urinară), hipertrofia prostatei, tumori cu diferite localizări (renale, vezicale sau prostatice).

9.10. MODIFICĂRILE SISTEMULUI ENDOCRIN

Sistemul endocrin participă alături de sistemul nervos central și vegetativ la reglarea și coordonarea activității organelor și sistemelor organismului. În fiecare moment organismul trebuie să se organizeze în așa fel încât să fie capabil să răspundă adecvat cerințelor mereu schimbate ale mediului extern și intern și aceasta se face și datorită activității sistemului endocrin.

Sistemul endocrin se compune din mai multe glande cu secreție internă care eliberează hormoni al căror rol este de a transmite mesaje efectoare diferitelor organe și sisteme. Aceste glande sunt organizate în mod ierarhic, astfel încât ele să poată fi în contact cu structurile cerebrale și cu celelalte organe și să lucreze sincron cu acestea. De exemplu, hipofiza este o glandă în contact structural cu formațiunile de la baza creierului, poate prelua mesaje de la acestea și le poate transmite mai jos, sub formă de mesaje hormonale, celorlalte glande endocrine. De fapt, unii hormoni eliberați de glandele endocrine acționează și ca mediatori ai mesajelor nervoase, mai ales cele legate de activitatea sistemului nervos

vegetativ (de exemplu, adrenalina). O altă caracteristică a organizării sistemului endocrin este că activitatea unor glande poate inhiba activitatea altora și, astfel, se constituie mecanisme de feedback care mențin constelația endocrină a unui individ într-un echilibru dinamic. În fine, sistemul endocrin funcționează conform unor ritmuri temporale, legate de ritmul zi-noapte sau de cel al organelor de reproducere și cel sezonal.

Activitatea sistemului endocrin comandă ritmul activității generale a organismului, viteza proceselor metabolice, iar datorită legăturilor strânse cu sistemul nervos participă în mod hotărâtor la furnizarea răspunsului emoțional, la conținutul și viteza proceselor cognitive, la procesele de adaptare la mediu și la răspunsul la stres. Se mai poate spune că felul cum funcționează și răspunde sistemul endocrin împreună cu sistemul nervos central constituie ceea ce se numește temperamentul unui individ, adică acea parte înnăscută a personalității conform căreia un individ răspunde spontan stimulilor biologici și sociali.

Conform arhitecturii multietajate a sistemului endocrin, organismul uman posedă următoarele glande endocrine: i) glanda hipofiză sau pituitară, liderul sistemului endocrin și legătura cu sistemul nervos central, este situată la baza creierului și este împărțită în lobul anterior, care secretă hormonul de creștere, hormonul de stimulare a tiroidei, hormonul de stimulare a glandei suprarenale (ACTH), hormonii de stimulare a funcționării ovarului și hormonul de stimulare a lactației (prolactina), și lobul posterior, care secretă oxitocina (care stimulează lactația) și vasopresina, care reglează reabsorbția apei la nivelul rinichiului și care determină sociabilitatea noastră în mare măsură; ii) glanda epifiză (pineală), situată tot la baza creierului, secretă melatonina, hormon implicat în reglarea ciclului veghe-somn, a apetitului, a somnului, a dispoziției psihice, a temperaturii corpului și protecția pielii față de radiația solară; iii) glanda tiroidă, denumită și glanda civilizației pentru că este legată de intelect și comportament, este situată în fața părții superioare a traheii, secretă hormonii tiroidieni cu rol în viteza proceselor metabolice, în reglarea temperaturii corpului, a frecvenței cardiace și a

vitezei proceselor cognitive, și calcitonina, un hormon care reglează metabolismul calciului; iv) glandele paratiroide sunt localizate de-o parte și de altă a glandei tiroide și secretă un hormon important în reglarea metabolismului calciului și altor minerale; v) glandele suprarenale sau adrenale, glandele adaptării noastre la stres, sunt situate deasupra rinichiului și anatomo-funcțional sunt împărțite în două părți: partea corticosuprarenaliană, care secretă adrenalină, mediatorul sistemului nervos simpatic, și partea mediană, care secretă hormonii corticosteroizi cu rol în metabolismul electroliților (aldosteronul) și al proteinelor, lipidelor și glucidelor (cortizolul); vi) pancreasul, care secretă insulina și glucagonul, hormoni implicați esențial în metabolismul glucozei, în modul cum celulele corpului reușesc sau nu să utilizeze glucoza din sânge; vii) glandele sexuale (ovarul și testiculele) sunt glande care au un rol dublu, un rol de a produce celule sexuale (ovulul și spermatozoizii) și un rol în maturarea caracterelor sexuale corporale și de dirijare a comportamentului sexual prin secreția hormonilor sexuali (testosteronul și estrogenii). La toate acestea mai trebuie adăugat că toate aceste componente ale sistemului endocrin sunt interconectate, astfel că există o balanță endocrină care, împreună cu sistemul nervos central și vegetativ, asigură homeostazia și relația flexibilă și adaptativă cu mediul extern.

Odată cu vârsta, sistemul endocrin suferă unele modificări în același sens ca și cele menționate la celelalte sisteme ale organismului: modificări senile ale structurii anatomice, mai ales ale țesutului epitelial și glandular funcțional care tinde să fie înlocuit cu cel fibros, afuncțional, și modificări funcționale globale de reducere a capacității și vitezei de răspuns la stimulare. Cele mai dese tulburări sunt cele ale glandei tiroidiene, când pot apărea modificări în sensul hipofuncționalității sau hiperfuncționalității, modificări ale glandelor paratiroidiene cu perturbări ale metabolismului mineral și osteoporoza consecutivă, descreșterea secreției de insulină cu apariția diabetului, modificări ale activității glandelor suprarenale, evidente în modificările metabolismului glucidelor, lipidelor și proteinelor și ale răspunsului la stres, și modificări ale glandelor sexuale cu scăderea producției de hormoni sexuali.

9.11. MODIFICĂRILE SISTEMULUI DE REPRODUCERE

Sistemul de reproducere sau de procreare este compus din organele genitale externe, gonadele sau glandele sexuale (ovare și testicule), și prostată la bărbat și uterul la femeie. Rolul lor este de a procrea, iar activitatea reproductivă este parte a comportamentului sexual al omului.

De-a lungul vieții, comportamentul sexual se dezvoltă și se susține atât prin condiționări biologice, precum impulsul sexual, cât și prin condiționări sociale și culturale, precum dorința de a întemeia o familie, reguli morale, legale și obiceiuri, la care se adaugă stereotipuri și credințe transmise de la o generație la alta în cadrul aceleiași culturi. După o evoluție în platou la vârstă adultă, odată cu creșterea în vârsta se asistă la un declin al sexualității care trădează schimbări anatomo-funcționale ale sistemului reproductiv. Dintre acestea se remarcă tulburări ale dinamicii erectile la bărbați, mergând până la impotență, lentoarea stimulării sexuale la femei și bărbați, descreșterea satisfacției sexuale, apariția de disconfort până la durere în timpul actului sexual, pierderea atracției față de activitatea sexuală. La acestea se mai adaugă frica de actul sexual la bărbați, datorită probabilității de a face un atac cerebral sau cardiac, sau frica de oprobiul social (mai ales la femei) dacă interesul sexual se menține dincolo de o vârstă conform cutumelor sociale și mai ales culturale. Aceste modificări afectează relațiile sociale prin modificarea legăturilor de atașament sau generează sentimente de frustrare, mânie, resentiment, depresie, deziluzie sau însingurare.

9.12. MODIFICĂRILE SISTEMULUI IMUNITAR

Sistemul imunitar este sistemul prin care organismul își apără unicitatea biologică sau prin care ne apărăm selful biologic de tot ce este non-self. Începând cu pielea și terminând cu sistemul digestiv

sau respirator, noi avem contact cu mediul exterior, iar aceste „bariere“ determină ca tot ce nu ne aparține să rămână în exterior și tot ce este compatibil cu organismul nostru să poată pătrunde în interior. Astfel, noi rejectăm substanțe sau corpuri care nu sunt compatibile cu ale noastre, de la alimente la substanțe chimice organice, țesuturi, organe sau microorganisme. Cel care stabilește dacă ceva este primit sau rejectat este sistemul nostru imunitar. Acest sistem este format din celule-santinelă, aflate în prima linie de apărare, care decelează orice intruziune și declanșează mecanismele de neutralizare și/sau rejecție. Aceste reacții pot fi la nivelul sângelui și/sau la nivelul țesuturilor organismului. Astfel, dacă introducem în organismul nostru o substanță care nu este conformă cu țesuturile noastre, vom avea o stare de incompatibilitate pe care sistemul imunitar o decelează imediat și declanșează o reacție imunitară care uneori poate fi foarte amplă, zgomotoasă clinic sau chiar dăunătoare organismului, precum șocul anafilactic. La fel, dacă prin procesul de diviziune celulară rezultă celule „monstruoase“, aberante, acestea sunt imediat recunoscute și distruse de celulele sistemului imunitar. Dacă avem nevoie de un transplant de organ, avem aceeași problemă, de a găsi un organ al cărui donator să fie compatibil biologic cu al nostru, altfel organul va fi citit ca străin și rejectat, iar transplantul eșuat. Există situații când țesuturile proprii sunt interpretate în mod greșit de către sistemul nostru imunitar ca fiind străine și, astfel, ele sunt ținta unui proces de distrucție, ca în cazul bolilor autoimune, de exemplu lupusul eritematos diseminat.

În mod succint, putem spune că sistemul nostru imunitar furnizează: i) supravegherea, monitorizarea organismului, a sângelui și a țesuturilor; ii) decelarea invaziei sau a intruziunii, ca în cazul invaziei microbiene sau virotice, sau a unor substanțe organice, acestea fiind în general considerate „antigene“; iii) declanșarea de mecanisme de neutralizare sau rejecție, în mare din cauza unor celule specializate care „fagocitează“ (distrugere prin încorporare și digestie) acești intruși, sau prin sinteză de anticorpi specifici și neutralizarea antigenelor prin combinarea cu aceștia, prin crearea de reacții alergice sau inflamatorii care aduc la locul intruziunii celule

sangvine albe, limfocite, care încearcă să localizeze, să minimizeze și să neutralizeze intruziunea căutând să producă cât mai puține daune homeostaziei corpului. Se poate înțelege că aceste mecanisme pot fi declanșate la nivelul sângelui sau al țesuturilor și, astfel, vom avea o imunitate umorală, mediată în mare de anticorpi și celulele sangvine albe (leucocitele), și una tisulară, mediată de o varietate specială de celule albe, limfocite. Când sistemul imunitar este capabil să-și îndeplinească aceste funcții, se spune că el este „competent“, iar când își pierde această capacitate, ca în cazul infecției cu HIV, sistemul devine incompetent sau deficient, ceea ce se mai numește și sindrom imuno-deficient.

Sistemul imunitar este compus din organele care furnizează răspunsul imunitar, respectiv limfocite și anticorpi, printre care menționăm: i) timusul, organ limfatic aflat în spatele sternului, ii) splina, iii) ganglionii limfatici, iv) amigdalele, v) măduva hematopoietică și vi) vasele prin care circulă „*limfa*“ (numite vase limfatice), fluidul produs de aceste formațiuni.

Odată cu procesul de senescență, sistemul imunitar își pierde din competență așa cum întregul organism o face într-o oarecare măsură. Oricum, el are o rezervă funcțională suficient de mare pentru ca această pierdere să nu fie remarcată în condiții obișnuite. Atunci când există însă agresiuni externe masive, microbiene sau virotice, invazii de antigene interne sau externe de diferite naturi, necesitatea unui transplant etc., se poate observa că sistemul imunitar este la limită în ceea ce privește competența sau chiar depășit. Așa se explică frecvența infecțiilor la oamenii în vârstă, evoluția nefavorabilă a bolilor autoimune la bătrânețe (poliartrita evolutivă, lupusul, boli degenerative musculare și neurologice cu componentă autoimună) sau a cancerelor.

Nu vreau să închei acest capitol fără să amintesc un foarte interesant studiu făcut în SUA pe un eșantion de 36.984 de indivizi de peste 55 de ani referitor la starea lor de sănătate (Schoenborn și Heyman, 2009). Acest grup de oameni a fost împărțit în mai multe subgrupe de vârstă: 55-64 de ani, 65-74 de ani, 75-84 de ani și peste 85 de ani și apoi s-a căutat să se identifice particularitățile stării

de sănătate a indivizilor din fiecare subgrupă. Rezultatele au arătat că 19% dintre indivizii din grupa 55-64 raportează o starea de sănătate proastă față de 32% în grupa de peste 85 de ani. Nu s-au constatat diferențe între bărbați și femei în raportarea stării de sănătate în grupele de vârstă, în afară de cei de peste 85 de ani, unde bărbații apar mai bolnavi decât femeile. Cei căsătoriți apar mai sănătoși decât cei singuri la grupele cu vârsta de până la 74 de ani. În schimb, starea de sănătate a fost mai afectată la toate grupele de vârstă la subiecții cu un statut economic precar față de cei care stau mai bine economic. Când s-a făcut o analiză referitor la frecvența diferitelor afecțiuni somatice și a comportamentului de sănătate, s-au constatat următoarele:

i) prevalența hipertensiunii arteriale crește cu vârsta, ajungând să fie de 56% la grupa de vârstă 75-84 de ani;
ii) la fel se constată și în cazul bolilor cardiace, acestea crescând de la 17% la grupa 55-64 la 41% la cei de peste 85 de ani;
iii) afectarea auzului crește cu vârsta: dacă 23% dintre indivizii din grupa 55-64 raportează o scădere a auzului, la peste 85 de ani această proporție crește la 62%, bărbații fiind mai afectați de această problemă decât femeile;
iv) prevalența tulburărilor de vedere aproape că se dublează la indivizii de 55-64 și la cei de peste 84 de ani, femeile apărând afectate mai frecvent decât bărbații;
v) pierderea dinților naturali relevă aceeași tendință: 11% dintre indivizii de 55-64 raportează pierdere de dinți naturali, ceea ce crește la 22% la cei de 65-74 și la 35% la cei de peste 85 de ani;
vi) reducerea treptată a capacității de mers pe jos, păstrarea poziției în picioare pentru două ore sau de ridicare și transportul greutăților de 5 kg: de la 10-15% la cei de 55-64 la 50-56% la cei de peste 85 de ani;
vii) 87% dintre cei de 55-64 de ani au mers la doctor în ultimele 12 luni și această proporție crește la 94% la cei de 75-84 și la 97% la cei de peste 85 de ani;
viii) la vârsta de 55-64 de ani, aproape jumătate dintre cei chestionați practică exerciții fizice în timpul liber, comparativ cu

29% la cei de peste 85 de ani; femeile sunt mai predispuse să facă exerciții fizice la oricare grupă de vârstă;

ix) greutatea corporală este în limite normale la 33% dintre cei de 55-64 de ani și 53% dintre cei de peste 85 de ani;

x) 64% dintre repondenții de 55-64 de ani afirmă că dorm 7-8 ore într-o zi în timp ce la cei de peste 85 de ani doar o proporție de 52% dorm în aceeași măsură în 24 de ore, femeile tinzând să aibă un somn mai deficitar decât bărbații.

Acest studiu prezintă cum tabloul caleidoscopic al problemelor de sănătate și de comportament de sănătate se schimbă în a doua jumătate a vieții.

12. Modificările psihologice ale bătrâneții

Este absolut evident pentru toată lumea că senescența se însoțește nu numai de modificări fizice, corporale, ci și de schimbări psihologice. Aceste schimbări psihologice își au în mare parte originea în modificările sistemului nervos central, precum cele de memorie, atenție, judecată, capacitate de decizie, dar și în felul cum individul interpretează și compensează avatarurile corporale ale bătrâneții. Mulţi indivizi în vârstă sunt frustraţi și copleșiţi de deteriorarea imaginii lor corporale, de scăderea capacităţii fizice globale și, astfel, își furnizează motive pentru o interpretare negativă a vieţii lor. Această interconectare a modificărilor fizice cu cele psihice la vârsta a treia a făcut să se discute și mai mult care dintre acestea sunt inițiale. Dacă la început s-a spus că modificările biologice sunt cele primodiale pentru că ele se pot constitui în factori de risc pentru boli care amenință viața, alții au afirmat că, dacă individul depășește condiționările fizice ale vârstei, atunci el ia în piept vulnerabilităţile psihologice pe care le aduce vârsta înaintată. De fapt, constatarea comună este că putem avea indivizi în vârstă în care domină tulburările fizice și alții la care domină cele psihice. Mai mult, este o constatare obișnuită că bătrânii care suferă o deteriorare prin demență se păstrează fizic destul de bine sau că cei cu boli cardiovasculare severe și-au păstrat încă o minte vioaie. Totuși, s-ar părea că cei care sunt fragilizaţi fizic au o viaţă mai scurtă decât cei cu probleme psihice.

Schimbările psihologice ale bătrâneții sunt explicate de teoria dezvoltării ca un proces de deteriorare și pierdere care se petrece progresiv, în contextul general de declin de-a lungul vieții spre o stare finală. Acest proces este unul mai mult sau mai puţin aşteptat de fiecare individ, nimeni nu este luat prin surprindere și fiecare dintre noi dezvoltă un sistem de acomodare și de compensare a acestor deficite astfel încât performanța, funcţionarea și sentimentul de bunăstare să nu fie afectate calitativ. Cu cât aceste mecanisme de acomodare și compensare sunt mai timpurii, mai elaborate și adaptate, cu atât aceste modificări psihologice vor apărea mai târziu și vor influența viața individului într-un grad mai mic. Dacă el se va „preda" acestora, dacă le va considera ca inerente, de neevitat, el va deveni instantaneu și iremediabil victima lor.

Sănătatea este un proces longitudinal, ea nu este doar o sumă de momente când constatăm că suntem sănătoși. Despre sănătate se mai poate spune că este și „pluralistică", în sensul că, dacă se pierde ceva într-o privință, se compensează imediat din altă privință, astfel că, global, rezultatul rămâne neschimbat. O altă caracteristică este că sănătatea este contextuală, adică a căuta și a te pune într-un context potrivit, adecvat vârstei, înseamnă a preîntâmpina sau minimiza schimbările aduse de timp. În schimb, a fi atent la schimbările aduse de bătrânețe, a contabiliza zi cu zi procesul propriu de declin, nu înseamnă decât a chema aceste schimbări mai devreme decât ar fi fost să fie.

12.1. MODIFICĂRILE COGNITIVE

Prin cogniție se înțelege în sens larg acele procese mintale prin care un individ își dobândește cunoașterea și înțelegerea lumii cu ajutorul simțurilor, a experienței și a gândirii. În mod tradițional, cogniția a fost împărțită în atenţie, percepţie, memorie, învăţare, limbaj și funcții executive. Modificările cognitive aduse de vârstă se încearcă să fie explicate astăzi de ipoteza deficitului circuitelor și a structurilor fronto-subcorticale. Studii de neuroimagistică

funcţională au evidenţiat pierderi neuronale la acest nivel cu degenerări ale arborizaţiei neuronilor și cu pierderea consecutivă a conectivităţii lor. Cu toate acestea, este destul de greu de găsit o linie de demarcaţie între aceste schimbări aduse de vârstă și cele care pot fi considerate patologice.

– Atenţia este un proces mintal complex prin care un individ selectează din câmpul informaţional ceea ce i se pare important, nou sau „demn de atenţie", își focalizează aparatul perceptual asupra unui stimul, își concentrează capacitatea de extragere a informaţiilor pe un eveniment și o susţine pentru o perioadă de timp. Atenţia variază de la individ la individ în ceea ce privește capacitatea de concentrare și de susţinere în timp și, astfel, putem avea oameni care focalizează ușor atenţia pe un stimul și alţii care sunt foarte distractibili, respectiv își pierd repede atenţia, atât din cauza pierderii rapide a interesului, cât și a faptului că apariţia unui alt stimul îi fac să se îndrepte spre el și să-l abandoneze pe cel anterior. S-a constatat că, odată cu vârsta, omul își poate menţine neschimbată atenţia, respectiv capacitatea pe care o avea la tinereţe rămâne și la bătrâneţe. Dacă sunt modificări, ele sunt date de interesul selectiv pe care omul în vârstă îl are faţă de anumiţi stimuli externi și de focalizarea mai mult pe cei interni, datorită interesului pentru anumite domenii specifice, de scăderii curiozităţii faţă de stimulii externi în general, dar abilitatea de a se concentra și de a susţine atenţia rămâne, în mare, puţin afectată cu vârsta.
– Percepţia reprezintă acea funcţie cognitivă care permite individului să devină conștient de existenţa unui stimul prin identificarea, recunoașterea și evaluarea acestuia în relaţie cu experienţa informaţională anterioară în vederea formulării unui răspuns. Percepţia se face datorită organelor senzoriale, văz, auz etc. și a terminaţiilor nervoase din mușchi și articulaţii prin care un individ percepe conștient sau inconștient poziţia și mișcarea corpului, aceasta din urmă numindu-se proprioceptivitate. Datorită percepţiilor, noi ne orientăm și ne adaptăm în mediul extern și monitorizăm deciziile pe care le luăm.

În general, atât capacitatea perceptuală senzorială, cât și cea proprioceptivă, a corpului și segmentelor lui, scad cu vârsta din cauza procesului de reducere a acuității senzoriale (de exemplu, a vederii, a auzului etc.), cât și a capacității analizatorilor centrali, adică a acelor formațiuni nervoase centrale datorită cărora influxul nervos de la periferie este conștientizat, transformat în senzație, ca mai apoi să i se atașeze o emoție și un sentiment.

– Memoria și capacitatea de a învăța sunt procese înrudite. Datorită capacității de memorare, individul poate stoca și recupera informații utile cu scopul folosirii lor cu o anumită finalitate. Putem vorbi de o memorie senzorială, a informațiilor venite prin organele de simț, de o memorie de lucru, care privește câmpul perceptual imediat și codificarea lingvistică a acestuia, de o memorie primară sau a repetării la scurt timp a ceea s-a perceput, de o memorie secundară, prin care se stochează și se extrage ceea ce se dorește a fi utilizat, și de o memorie de lungă durată sau memoria autobiografică etc. La memoria autobiografică participă atât memoria episodică, ce înregistrează evenimentele și detaliile așa cum se succed în timp, cât și memoria semantică, care le aranjează în funcție de semnificația lor pentru individ și în funcție de experiența trecută. Pe baza aceasta, un individ își construiește povestea vieții lui. De aceea, când ne povestim viața, legăm evenimentele în funcție de semnificația lor și nu le povestim așa cum se succed în timp. Din contră, povestim despre evenimente sărind de la un timp la altul, doar ca să facem legături semantice și credem că așa ceea ce s-a petrecut în viața noastră va avea mai mult sens pentru ascultător decât dacă le-am povesti ca și cum ele s-ar fi reprodus ca de pe banda unui înregistrator video. Multiple cercetări au arătat în consens că memoria scade cu vârsta, la fel ca și capacitatea de a învăța. Ceea ce se pierde mai întâi este memoria de scurtă durată, iar apoi memoria secundară, care stochează și recuperează informațiile sub formă lingvistică, și doar mai târziu memoria autobiografică. Se spune că memoria și capacitatea de a învăța

scade cu 10% cu fiecare deceniu de viață, începând de la vârsta de 35-40 de ani. Pierderea de memorie și capacitatea redusă de învățare și achiziții de deprinderi noi pot fi considerate ca un marker foarte confident al procesului de îmbătrânire a creierului.

– Limbajul și abilitățile verbale sunt caracteristici psihologice destul de rezistente de-a lungul vieții. Se poate spune că, de multe ori, se asistă chiar la o creștere a vocabularului și abilității de comunicare verbală odată cu vârsta. Totuși, la vârste foarte înaintate, se poate recunoaște o sărăcire a expresiei verbale, reducerea fluenței, stereotipii verbale, repetarea acelorași teme sau modele verbale, a acelorași istorii, ca mai apoi să se poată asista chiar la pierderea șirului povestirii și la greutăți în a găsi numele persoanelor, locurilor sau obiectelor evocate. Tot acum se poate aminti și reducerea comprehensivității limbajului celuilalt în timpul unei conversații. Toate aceste modificări depind mult de educația persoanei și de cât de mult aceste calități au fost folosite de-a lungul vieții subiectului; cu cât au fost folosite mai mult, cu atât vor rezista mai mult în timp.
– Altă abilitate cognitivă care se modifică de-a lungul vieții este viteza de procesare a informației, atât la nivel de recepționare, cât și la nivel de prelucrare sau recuperare a informației stocate. Viteza acestor procese este o trăsătură cognitivă care variază de la individ la individ, dar care se modifică destul de semnificativ odată cu vârsta.
– Funcțiile executive, precum judecata, abstractizarea, analiza, decizia, rezolvarea problemelor, planificarea, creativitatea, imaginația etc. sunt funcțiile pe baza cărora individul execută o activitate intelectuală de diferite grade de dificultate. Aceste funcții sunt sensibile la pierderile funcționale ale sistemului nervos din cauza vârstei și pot spune că ele sunt primele care sunt „atinse“ de vârstă; astfel, se poate constata un declin al flexibilității cognitive, al rezolvării problemelor logice sau al judecății practice. Cu vârsta, oamenii devin conștienți de aceasta și adoptă diferite strategii care să le compenseze

precum evitarea situațiilor noi, stereotipii în luarea deciziilor, utilizarea de modele simple, imitarea soluțiilor altora sau rămânerea în concret ca să evite simbolizarea și abstractizarea.

12.2. MODIFICĂRILE CAPACITĂȚII DE AUTOREGLARE INDIVIDUALĂ

Autoreglarea este capacitatea înnăscută a indivizilor de a-și controla stările, procesele și răspunsurile generate de ambianță. Oamenii sunt capabili să reziste impulsurilor lor, să-și adapteze comportamentul la o varietate largă de standarde, să-și schimbe comportamentul curent în vederea atingerii scopurilor lor. Termenul de autoreglare individuală este folosit pentru a înțelege eforturile oamenilor de a-și schimba gândurile, sentimentele, dorințele și acțiunile în perspectiva atingerii scopurilor lor. Comportamentul nostru este motivat și reglat printr-un proces continuu de autoinfluență. Acest proces cuprinde: i) automonitorizarea comportamentului propriu, ii) judecarea comportamentului în relațiile cu standardele personale și circumstanțele exterioare și iii) autoreglarea emoțională. Prin aceste mecanisme, noi dobândim sentimentul identității, ne stabilim scopurile, prioritățile și evaluăm ce am obținut. Autoreglarea emoțională este încercarea deliberată sau automată a noastră de a influența ce emoții să avem, când și cum să le avem și cum și când să le exprimăm. Actualmente sunt studii care sugerează că abilitatea de a regla emoțiile se îmbunătățește cu vârsta. Astfel, se consideră că bătrânii se focalizează mai puțin asupra emoțiilor negative, își amintesc mai puțin experiențele negative și raportează mai puține emoții negative. Aceasta pare în contradicție cu constatarea că aria prefrontală, cea care contribuie hotărâtor la reglarea emoțională, este regiunea cerebrală care pierde un număr semnificativ de neuroni odată cu îmbătrânirea, lucru care ar trebui să se evidențieze în modificări emoționale apărute odată cu vârsta. Totuși, studii riguroase au arătat că reactivitatea și modularea emoțională sunt păstrate la bătrâni. S-a raportat că oamenii în

vârstă prezintă un sentiment de bunăstare mai mare și emoții negative mai puține comparativ cu tinerii, persoanele în vârstă căutând în mod spontan să selecteze scopuri realiste, să le optimizeze și să găsească sprijin pentru a compensa pierderile sau deficitele legate de vârstă. Ei caută să compenseze pierderea de resurse interne și externe prin selectarea și optimizarea de forme alternative de reglare emoțională și construiesc o listă de strategii emoționale proprii. Astfel, vârstnicii prevăd mai bine emoțiile într-o situație anticipată și sunt mai atenți la emoțiile pozitive decât la cele negative, atât ale lor cât și ale altora.

12.3. MODIFICĂRILE PERSONALITĂȚII

Întrebarea dacă personalitatea individului se schimbă cu timpul a rămas decenii de-a rândul fascinantă și fără un răspuns lămuritor. Se pare că, în primele decenii ale vieții, personalitatea individului rămâne neschimbată, așa încât, dacă un individ a fost introverit la tinerețe, el va rămâne la fel și la vârsta adultă. Cu toate acestea, unii autori spun că, odată cu înaintarea în vârstă, se poate constata o eroziune a „*straturilor superficiale*“ ale personalității, însă ceea ce este profund rămâne neschimbat. Stabilitatea cea mai mare o prezintă anumite trăsături ale personalității precum introversia, deschiderea față de experiențe, înclinația spre anxietate, grija, frica, frustrarea, înclinația spre bunătate, căldura, considerația față de alții, furnizarea de ajutor altora. În schimb, înclinația spre căutarea riscului, căutarea noului, dorința de a fi în centrul atenției scad cu vârsta.

12.4. MODIFICĂRILE CAPACITĂȚII DE ADAPTARE ȘI DE DEPĂȘIRE A GREUTĂȚILOR

Comparativ cu adulții, oamenii în vârstă au de înfruntat mult mai multe probleme personale, precum cele legate de deteriorarea

sănătății, a cogniției, a funcționării independente, a pierderilor legate de rolul social și de statutul economic, singurătate etc. În ciuda existenței acestora, bătrânii reușesc să le depășească în mare parte și să-și păstreze sensul identității și al stimei de sine. Ce resurse au oamenii în vârstă ca să reușească acest lucru când se știe că vârsta aduce un declin general al organismului?

George Vaillant, profesor la Harvard University, SUA, a studiat 268 de indivizi din momentul când au terminat liceul, în anii celui de-Al Doilea Război Mondial, și le-a urmărit viața de-a lungul câtorva decenii, până când mulți dintre cei care au supraviețuit au devenit octogenari. El spunea că majoritatea dintre aceștia au „*îmbătrânit cu succes*“, având o sănătate bună și o dispoziție jovială. El a mai constatat că ceea ce a contat la cei care au îmbătrânit cu succes a fost prezența „*mecanismelor mature de apărare*“ precum umorul, altruismul, căutarea frumosului, sublimarea și supresia, și un nivel scăzut al mecanismelor de apărare imature precum pasiv-agresivitatea sau negarea, mecanisme prin care indivizii au gestionat conflictele și stresul. Vaillant spunea: „*Această aptitudine și nu intelectul briliant sau clasa socială duce la bătrânețea de succes*“. Tot cu ocazia acestui studiu, el a identificat șase factori ce prezic o bătrânețe de succes, fericită și liniștită. Acești factori sunt: căsătorie stabilă, stil adaptativ matur, exerciții fizice regulate, menținerea unei greutăți normale, consum redus de alcool și încetarea fumatului. O altă constare a lui Vaillant a fost că relația dintre sănătatea fizică și cea psihică este tot așa strânsă ca și „*relația dintre înălțime și greutate*“, iar în cazul oamenilor în vârstă, factorii genetici sunt mai puțin importanți comparativ cu factorii de mediu, de stil de viață, controlul emoțional și prezența unui suport social larg. Cel mai important lucru sunt defensele pe care oamenii la pun în practică în viața lor. În final, prof. Vaillant spune că regula de aur este: „*Nu încerca să gândești rău despre tine, ci încearcă să gândești mai puțin despre tine*“.

Un alt factor psihologic foarte important, care poate să se modifice odată cu vârsta, este capacitatea de depășire a greutăților. Este vorba de strategiile proprii individului prin care acesta caută

să gestioneze situațiile stresante, amenințările, greutățile sau necazurile. S-a constatat că, în timp ce tinerii sunt mai înclinați să depășească aceste adversități prin acțiuni active, focalizate pe soluții, oamenii în vârstă apelează la strategii pasive cu rol de reducere a componentei emoționale a problemei, prin tehnici de amânare, negare sau ignorare.

O altă caracteristică psihologică ar fi cea a rezistenței în fața adversităților, așa numita „*reziliență*“. Se pare că oamenii în vârstă gestionează destul de bine problemele care le amenință siguranța și stabilitatea, precum riscurile medicale sau economice. Mecanismul prin care această reziliență se realizează este adaptarea. Oamenii în vârstă au o capacitate mai mare decât a tinerilor de a se adapta la condiții vitrege precum dificultăți materiale, locative, singurătate, dizabilități. Pentru aceasta, ei folosesc cel mai des o tehnică de „*optimizare selectivă*“ prin reierarhizarea priorităților și a scopurilor, prin investirea resurselor limitate pe care le au în stabilitatea fizică și psihică și mai puțin în statutul social. Astfel, se mențin în mod satisfăcător identitatea și stima de sine cu costuri minime.

12.5. DESPRE SĂNĂTATEA PSIHICĂ LA BĂTRÂNEȚE

Cu excepția tulburărilor demențiale și confuzive acute (delirium), tulburările mintale la oamenii în vârstă nu sunt mai frecvente decât la adulți sau tineri. Studiile epidemiologice au arătat că prevalența tulburărilor depresive, anxioase, psihotice sau a consumului de substanțe este în general mai mică la oamenii de peste 65 de ani comparativ cu cei mai tineri. S-a mai constatat că oamenii în vârstă experimentează mai puține emoții negative, mai puțină ostilitate și mânie.

Aceste schimbări fiziologice și psihologice de care am vorbit mai sus au fost luate drept argumente pentru cei care susțin că definiția cea mai bună a bătrâneții este cea biologică pentru că, odată cu anii, se acumulează modificări ireversibile ale organismului

luat ca întreg. După părerea mea, aceștia greșesc pentru că ignoră faptul că, la bătrânețe, în ciuda unor pierderi incontestabile, oamenii bătrâni le compensează printr-o mai bună adaptare, prin utilizarea de defense mature și prin folosirea de strategii de succes în depășirea greutăților. Toate acestea se reflectă în prevalența scăzuta a tulburărilor psihiatrice.

O altă discuție ce se poate purta pe acest subiect este și distincția dintre bătrânețe sau senescență și boală. Senescența sau bătrânețea este o deteriorare cumulativă, progresivă a capacității fiziologice și psihologice de-a lungul vieții și care devine evidentă într-un anume ciclu al vieții, să zicem, în mod arbitrar, peste 65 de ani sau, după alt limbaj, la bătrânețe. Aceste caracteristici sunt dincolo de controlul individual și sunt universale. Boala nu este universală, nu se întâmplă la toți indivizii în același timp al vieții lor, ea este un episod caracterizat de alterarea structurală, biologică, a unui organ sau sistem al organismului care afectează în grade diverse homeostazia generală a organismului. Principala deosebire între senescență și boală este că senescența este continuă în timp, iar mecanismele de păstrare a homeostaziei sunt integre, pe când unei boli i se pot descrie un debut temporal, factorii etiologici, mecanisme de agresiune și întreținere, markeri biologici decelați prin explorări și analize paraclinice, simptome caracteristice, o evoluție și un prognostic, un răspuns la terapia biologică. Se poate admite că fragilizarea dată de acumularea de pierderi la bătrânețe, ca reducerea rezervei funcționale generale la persoanele în vârstă, ar putea să constituie un factor de vulnerabilitate pentru boli, dar bătrânețea este categoric altceva decât o boală, sunt lucruri ontologic distincte. Oricine știe că la bătrânețe cancerul sau tulburările cardiovasculare au o prevalență mai mare decât la alte grupe de vârstă, dar este dincolo de orice discuție că bătrânețea nu este egal cancer sau boli cardiovasculare. Mulți au spus că vârsta unui om este dată de vârsta vaselor lui sangvine, dar bătrânețea vaselor sangvine nu înseamnă automat o boală a sistemului circulator, ci doar un factor favorizant. Confuzia, mai ales în spațiul public, dintre bătrânețe și boală se explică îndeosebi prin faptul că mulți factori de risc pentru boli sunt și

factori de risc pentru bătrânețe, precum sedentarismul, creșterea în greutate, diabetul sau declinul sistemului imunitar. Cu alte cuvinte, este vorba de o proastă distincție între fenomenele care determină vârsta și fenomenele care sunt asociate vârstei. Bolile pot fi asociate vârstei, dar ele nu determină vârsta. Este esențial să facem această distincție pentru că ea va determina programele de gestionare a bătrâneții pe care această carte vrea să vi le propună.

13. Schimbările sociale ale bătrâneții

Este bătrânețea un stadiu al vieții când ești respectat, protejat și mulțumit sau ești izolat, marginalizat și stigmatizat? Felul cum e construit social înțelesul bătrâneții este un lucru foarte important, pentru că de aceasta ține modul cum instituțiile de protecție și îngrijire pot aborda și interveni efectiv în ajutorul oamenilor în vârstă. Factorii sociali care contribuie la construcția conceptului de bătrânețe determină în ultimă instanță resursele sociale atribuite acestor instituții, calitatea îngrijirii și discursul social care le susține.

Din punct de vedere social, îmbătrânirea este un set dinamic de pierderi și câștiguri care conduce la o adaptare psiho-socială de succes la procesul de creștere în vârstă. „*Vârsta socială*“ este o secvență naturală de stadii și statute cărora le sunt atașate așteptări și credințe normative specifice fiecărei vârste. În mod principial, aceste așteptări nu trebuie să fie nici fixe, nici negative. Totuși, pe aceste așteptări și credințe s-au clădit roluri și relații sociale și discursul social despre bătrânețe. Astfel a apărut ageismul, concepția după care oamenii se ierarhizează conform vârstei, pentru că, din nefericire, pentru majoritatea oamenilor rolurile, normele și așteptările sociale sunt legate de vârstă.

Ce schimbări sociale aduce bătrânețea pentru fiecare din noi? Cele mai frecvente sunt: i) modificări în participarea la muncă standardizată social datorită pensionării, ii) modificări în venit, pensia fiind mai mică decât salariul avut anterior, iii) modificări în statutul marital și aranjamentele locative din cauza pierderii unuia dintre parteneri, iv) modificări în raporturile de dependență față de

alții, fie ei membri de familie sau nu, v) accesul greoi la serviciile de sănătate, îngrijire și protecție socială, vi) izolare, reducerea legăturilor cu foștii colegi, prieteni, cunoscuți, vii) schimbări în roluri și statute în familia de origine, întrucât copiii pleacă de acasă, viii) discrepanța educațională și informațională între tineri și bătrâni sau stigmatizarea socială și riscul de abuz. Aceste schimbări sunt în cea mai mare parte legate de felul cum este structurată societatea și discursul politic față de bătrâni, la care se adaugă influența factorilor cognitivi și emoționali proprii bătrânilor.

Aceste schimbări în plan social conduc la modificări ale stilului de viață al oamenilor în vârstă, în procesul de luare a deciziilor, în angajamentul social și în modul cum își apără identitatea de sine. La fel, vârsta aduce modificări în modul de nutriție, în cantitatea și calitatea activității fizice, în motivația de a participa la activități recreaționale, mai ales cele care presupun competiția cu alții, și în restrângerea activităților care presupun o imagine socială activă, de exemplu restrângerea frecventării locurilor unde ar putea întâlni oameni noi, în favoarea frecventării locurilor unde se poate întâlni cu oameni cunoscuți. La fel, motivația pentru cucerirea de noi „teritorii" scade în favoarea menținerii celor avute, ceea ce se traduce prin stereotipii comportamentale. Factorii sociali au o influență decisivă și asupra procesului de luare a deciziilor. La vârsta adultă, acest proces este un proces cognitiv automat și de multe ori intuitiv, pe când la bătrânețe este un proces bazat pe considerente emoționale, interpersonale, sociale și, de cele mai multe ori, persoana în vârstă este ambivalentă: pe de-o parte ar dori să nu fie singură în luarea deciziilor, iar pe de altă parte nu vrea să-și piardă independența și autonomia în acest domeniu. La bătrâni, cele mai importante decizii de luat sunt: i) planificarea financiară pentru bătrânețe, precum decizia de pensionare, decizii care au devenit din ce în ce mai complicate și riscante, și ii) alegerile privind îngrijirea sănătății, pentru că s-au lărgit opțiunile disponibile, dar au crescut în aceeași măsură și incertitudinea și gradul de risc.

Menținerea unei minți sănătoase este o preocupare centrală cu consecințe sociale și economice importante. Cercetări recente

asupra oamenilor în vârstă au arătat că interacțiunile sociale pot influența funcțiile cognitive ale bătrânilor. Se presupune că o implicare socială activă conduce la prelungirea capabilităților cognitive cât mai mult în timp. Astfel, tendința oamenilor în vârstă de a face un pas înapoi din viața socială sau tendința societății de a împinge bătrânii la margine, ageismul, sunt factori care, împreună, contribuie la deteriorarea cognitivă. Factorii culturali locali, felul cum comunitatea integrează oamenii în vârstă joacă un rol important atât în minimizarea, cât și în magnificarea efectelor angajamentului social asupra cogniției.

Există o serie de stereotipuri sociale după care sunt văzuți și interpretați oamenii bătrâni. Stereotipurile sunt credințe statice care pot fi de scurtă sau lungă durată și care pot să se autoîntrețină printr-un ciclu pernicios. Aceste stereotipuri pot fi pozitive sau negative, adevărate sau distorsionate, și în mare măsură obturează luarea în considerație a unei realități în mod direct, rațional și contextual. Stereotipurile sociale despre bătrâni pot conduce la un tratament diferențial față de aceștia și la împiedicarea accesului acestora la oportunități. Acestea sunt de cele mai multe ori factorii care influențează comportamentul omului în vârstă și contribuie la construcția identității sociale de om bătrân. Tot ele influențează felul cum însăși oamenii bătrâni se văd pe ei înșiși și cum ei încearcă să-și păstreze identitatea, stima de sine, prestigiul și reputația.

Mai jos, o să abordăm doar câteva schimbări sociale tipice pe care viața le aduce oamenilor în vârstă.

13.1. SCHIMBĂRI ÎN ROLUL SOCIAL

Schimbările de rol social petrecute dincolo de un anume punct în viața unei persoane, schimbări care denotă că o contribuție activă nu mai este posibilă în aceeași măsură, au fost luate ca și criteriu de a defini vârsta înaintată. Astfel a fost luat în considerare criteriul cronologic, stabilit arbitrar la 65 de ani, de

care am vorbit în capitolul dedicat definiției sociale a bătrâneții. Eșecul acestui criteriu a făcut ca schimbările de rol social precum pensionarea, statutul de adult al copiilor, apariția nepoților, menopauza la femei etc. să fie considerate ca definitorii pentru vârsta înaintată. S-a considerat că aceste schimbări de rol sunt determinate sau sunt contingente cu un declin fiziologic și psihologic al persoanei. Grupul de lucru pentru oamenii în vârstă al Organizației Mondiale a Sănătății consideră că schimbările de rol social sunt cele mai importante caracteristici sociale ale bătrâneții. Dintre aceste schimbări de rol, amintim: retragerea din activitatea productivă, pensionarea, statutul de adult al copiilor și plecarea lor de acasă, apariția nepoților și îmbrățișarea rolului de bunic, modificări locative cu restrângerea spațiului de locuit, pierderea partenerului, rude, prieteni apropiați, mobilitate socială redusă, izolare socială, apariția de nevoi specifice (financiare, de transport, de comunicare, de îngrijire personală, de îngrijire medicală, recreaționale etc.).

Alături de aceste schimbări de rol apar și schimbări de capabilitate. Aceasta este o privire funcționalistă, destul de îngustă, privind fiecare domeniu funcțional separat, neglijând că unele scăderi dintr-un domeniu pot fi și compensate de creșteri în alt domeniu, de exemplu, scăderea acuității vizuale cu pierderea manualității fine poate fi compensată de creșterea experienței și de apariția de deprinderi compensatorii etc. Dintre capabilitățile care se pare că scad odată cu înaintarea în vârstă se menționează capabilitatea profesională, capabilitatea instrumentală, capabilitatea mintală (atenție, memorie, judecată, decizii), capabilitatea relațională și capabilitatea de autoîngrijire.

Momentul crucial al schimbării de rol social este cel al tranziției spre un altul. Multe dintre aceste tranziții sunt considerate crize în existența unei persoane care crește în vârstă. Este vorba de retragerea din câmpul muncii și pensionarea, pierderea partenerului și singurătatea. Aceste tranziții aduc o mare presiune pentru că ele creează premisele redefinirii rolului și identității sociale.

13.2. PENSIONAREA

Pensionarea este un moment crucial în viața unei persoane şi a fost mereu considerată ca o criză psihosocială. Există mai multe motive pentru a o considera așa: apare la o vârstă înaintată, când resursele de adaptare sunt și așa ocupate și cu alte schimbări aduse de vârstă, provoacă o schimbare economică, o schimbare de rol și de imagine socială, o schimbare profundă în gradul de ocupare și activitate, o modificare în ritualul zilnic cu creşterea timpului disponibil și cu probleme de gestionare a lui, o reducere semnificativă a persoanelor cu care interacţionează cu creşterea sentimentului de însingurare, reorientarea scopurilor imediate și de lungă durată, apariția unui sentiment de eşec și de rejecție sau marginalizare. Amploarea acestor schimbări variază de la individ la individ și depind în mare măsură de cât de strânsă este familia în jurul persoanei care se pensionează, de ce roluri alternative poate îmbrățișa, de programul recreațional abordabil și mai ales de cât de mare este rețeaua socială din jurul persoanei în cauză. Această rețea va funcționa ca un substitut pentru rolurile pierdute, dar și ca un fel de tampon între evenimentele negative de viață și individ. Metaforic vorbind, cu cât sunt mai multe persoane în rețeaua de suport social, cu atât acest înveliș protector este mai gros și tamponează mai bine agresiunile externe.

13.3. PIERDEREA PARTENERULUI

Datele statistice din lumea vestică arată că la 51% dintre femeile și 14% dintre bărbații de peste 65 de ani le-au decedat partenerul, adică sunt văduvi. Diferenţele dintre aceste procente sunt explicabile dacă ne gândim că femeile au o durată mai mare de viață ca bărbații. Pierderea partenerului este una dintre cele mai stresante evenimente din viața unui cuplu. Vorbesc aici de conviețuirea de lungă durată, ca în cazul celor căsătoriți sau celor care au trăit împreună de decenii. Acest eveniment de viață se adaugă declinului

general adus de vârstă și, una peste alta, persoana rămasă este mai puțin capabilă să depășească cu bine această pierdere. În majoritatea covârșitoare a cazurilor, în mod conștient sau nu, cel care rămâne își dă seama că, pentru restul de ani care i-au mai rămas, va fi singur. Doliul, respectiv travaliul de a depăși pierderea unei ființe cu care a avut o puternică legătură de atașament, este mai lung și mai dominat de elemente depresive ca la oricare altă vârstă. Predomină sentimentele de deznădejde, de deziluzie, de lipsă de ajutor, de vinovăție, de inutilitate și de pierdere a motivației, a bucuriei de a face orice altceva și chiar ideația suicidară. Lungimea acestui doliu poate să țină de la 2-3 luni până la 2-3 ani și, atunci când simptomele de depresie se prelungesc prea mult, persoana în cauză necesită asistență medicală. Familia este chemată să asigure suport în măsura în care legăturile dintre membrii ei sunt suficient de strânse ca să ofere căldură și grijă autentică. Alte date statistice relevă că femeile depășesc mai ușor pierderea partenerului decât bărbații. Doliul depinde de lungimea conviețuirii între parteneri, iar cei care se află împreună cu familia sau în instituții de bătrâni depășesc mai bine pierderea decât cei care au locuit singuri.

13.4. SINGURĂTATEA

Singurătatea este o trăsătură comună bătrâneții și este foarte răspândită imaginea bătrânului singur ducându-se să-și cumpere de mâncare sau cea a bătrânului singur de pe o bancă într-un parc. Singurătatea poate fi definită ca discrepanța dintre relațiile umane pe care cineva le are comparativ cu relațiile pe care le-ar dori să le aibă. În fond, este vorba atât de cantitatea sau numărul persoanelor cu care este în relație, cât și de calitatea lor, adică de cât de satisfăcătoare sau cât de mult aceste relații oferă unei persoane sentimentul de a fi împreună cu acestea. Doar legăturile de atașament, cu încărcătura lor emoțională și protectivă, pot oferi cuiva sentimentul că nu e singur. Aici mai este vorba și de diferența între singurătate, care este un sentiment, o emoție, și izolarea socială care este o dată concretă.

Se consideră că problema singurătății la bătrâni este una supraestimată de bătrânii înșiși. Aici trebuie deosebit între singurătatea subiectivă și cea obiectivă, între frica de a deveni singur și cea de a trăi singur. Studii pe bază de chestionar au arătat că cei care se simt cei mai singuri sunt tinerii între 15 și 24 de ani și bătrânii de peste 80 de ani. Doar 30% dintre bătrânii din grupa de vârstă de 65-74 de ani au afirmat că singurătatea este o problemă serioasă. Atunci când s-a măsurat percepția singurătății de-a lungul vieții, s-a constatat că, după 65 de ani, ea crește treptat ca să ajungă o problemă după 75 de ani și una considerată dramatică după 80 de ani. Aceste praguri de vârstă sunt și cele în care un om în vârstă începe să se gândească să rămână acasă sau să se ducă într-o instituție pentru bătrâni.

Există diferite circumstanțe de viață care conduc la singurătate la această vârstă. Printre acestea, amintim: pierderea partenerului, reducerea cercului de cunoscuți, pierderea capacității de comunicare, reducerea intereselor și a subiectelor de comunicare, reducerea motivației de a se vedea cu alții, îngustarea teritoriului și a dimensiunii spațiului care poate fi gestionat, având în vedere problemele de deplasare și transport, reducerea informației și a capacității de înțelegere, retragerea din relații din cauza sentimentului de inadecvare.

Mai există la bătrânețe și o „singurătatea în doi“; deși partenerii au rămas împreună, ei trăiesc un sentiment de singurătate. Printre cauzele acestui sentiment se numără reducerea sau dispariția relațiilor intime, dormitul în camere separate, stereotipia subiectelor de conversație cu pierderea plăcerii conversaționale, creșterea iritabilității și a virulenței odată cu vârsta, competiția în supraviețuire, existența de agende de viață separate între cei doi etc.

Singurătatea la vârste înaintate este mediată de o serie de factori anteriori vârstei la care se resimte, precum capacitatea de a trăi independent dobândită cu mult timp înainte, achiziția de abilități de autoîngrijire și autogospodărire, existența unui număr sporit de cunoscuți și vizitatori, relația cu familia copiilor și rolul de bunic/bunică, trăsături de personalitate precum individualismul și

zgârcenia, religiozitatea sau spiritualitatea, gerotranscendența (de care am vorbit în capitolul anterior).

Singurătatea la bătrâni mai este și o problemă culturală. Fiecare cultură tratează bătrânii în mod specific și diferențele acestea se pot reflecta în magnitudinea sentimentului de singurătate, rejecție și abandon. Conform unor studii mai vechi, bătrânii din Danemarca se simt cel mai puțin singuri, sub 5% dintre repondenții la chestionar, apoi finlandezii și germanii cu un procent de 5-9%, cei din Belgia, Franța și Spania cu un procent de 10-14% și cea mai multă singurătate o raportează italienii cu 15-19% și grecii cu peste 19%.

14. Este bătrânețea o dizabilitate?

Multe decenii la rând și destul de mult încă și astăzi, bătrânețea a fost privită ca o problemă medicală, biologică. Fixarea în această poziție se datorează mai ales pretențiilor medicinei de a fi descoperit sau de a fi pe cale de a descoperi metode antibătrânețe. Această poziție vede modificările și schimbările aduse de vârstă ca o deteriorare a variatelor structuri și funcții ale organismului. Aceste deteriorări structurale și pierderi funcționale au fost asimilate cu o dizabilitate care semnifică o modificare ireversibilă în capacitatea fizică și mintală a individului, ceea ce conduce la o infirmitate, la o limitare semnificativă a funcționării adecvate a persoanei. Așa s-a ajuns la concepția după care bătrânețea este privită ca o infirmitate, ca o povară biologică. Legat de această perspectivă, bătrânețea a fost considerată și ca un handicap, adică un dezavantaj în comparație cu o normă comună, care se exprimă în incapacitatea persoanei de a îndeplini o activitate specifică sau de a duce o viață presupus normală. Concepția prin care cineva are o dizabilitate care conduce la un handicap semnifică ireversibilitatea acestei situații și plasează această persoană într-un statut iremediabil marginal, stigmatizant și dependent de alții.

La începutul secolului nostru, Organizația Mondială a Sănătății a lansat un proiect grandios prin care a modificat atât viziunea prin care se interpretează dizabilitatea și handicapul, cât și vechea terminologie peiorativă. Este vorba de Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății care a înlocuit vechea clasificare a afectărilor, dizabilității și handicapurilor.

Prin această nouă clasificare se lansează un cadru teoretic, metodologic și operațional prin care se recunoaște interacțiunea dinamică dintre condițiile de sănătate ale unui individ și factorii ambientali și personali, făcând astfel o sinteză între factorii biologici, psihologici și sociali care au o valoare egală în determinarea unei stări de sănătate, inclusiv a bătrâneții. Prin această nouă viziune se înlocuiesc termenii de dizabilitate și de handicap cu categorii noi și cu înțelesuri dinamice și mai aproape de timpurile noastre. Astfel, termenul de dizabilitate este înlocuit cu „activitate", adică în ce măsură activitatea unui individ este afectată de diferite modificări ale structurii și funcțiilor organismului, iar termenul de handicap este înlocuit cu cel de participare, respectiv în ce măsură o afectare a activității unui om îl barează sau oprește în participarea la viața personală sau colectivă de zi cu zi. Această schimbare terminologică semnifică o trecere de la ireversibil la reversibil în ceea ce privește starea de sănătate și funcționare a unui individ. Apoi se consideră că afectările structurilor și funcțiilor organismului se reflectă în activitate individului și nu în dizabilitatea lui.

Noua clasificare a activităților, funcționării și participării permite să se vadă cum individul trăiește într-o lume, într-un context social și cultural la care participă pentru a se dezvolta și a-și satisface nevoile. Această participare îi dă sensul identității, bunăstării, siguranței și sensul de a fi parte a lumii în care trăiește. Clasificarea Internațională a Funcționării înlocuiește termenul de handicap cu cel de limitare a participării în lumea în care trăiește subiectul. Astfel, ecuația după care o anumită boală duce la dizabilitate și în cele din urmă la un handicap este înlocuită de relația dintre afectări ale structurilor și funcțiilor organismului ce pot conduce la modificări ale activităților și acestea la rândul lor pot influența participarea individului în contextul socio-cultural în care trăiește. Această participare poate fi facilitată sau barată de factori care țin de mediul social în care trăiește și de factorii personali ai subiectului. Dacă un om în vârstă prezintă o afectare severă a auzului (deci un handicap după vechea clasificare), va avea și o limitare a activității de comunicare și interacțiune socială care, la rândul ei,

va afecta participarea în lumea în care trăiește, de exemplu participarea la conferințe, spectacole, întruniri. La fel se poate discuta în cazul altor afectări specifice vârstei înaintate. Se poate spune că participarea poate fi barată de diferiți factori sociali, de exemplu de stigmatul pe care oamenii îl pun unui individ cu pierdere de auz sau cu probleme de deplasare, sau, din contră, pot fi facilitate de factori sociali prin furnizarea gratuită de proteze auditive sau scaune cu rotile. Dacă aceste dispozitive costă scump sau nu se găsesc avem de-a face cu bariere ale participării; dacă ele sunt furnizate compensat prin asigurările de sănătate, avem de-a face cu facilitări ale participării. Factorii de facilitare sau barare pot fi și de natură personală. Astfel, unii oamenii în vârstă sunt reticenți să participe la evenimente sociale pentru că nu mai „arată bine" sau pentru că le este rușine să se prezinte în public cu anumite afectări aduse de vârstă. Aici este vorba de o anumită credință susţinută de particularități specifice ale personalității fiecăruia.

Noul concept al participării, care înlocuiește termenul vechi de handicap, permite interpretarea consecințelor bătrâneţii în mod dinamic, în sensul că putem să evaluăm în ce măsură participarea este facilitată sau barată de factori sociali sau de factori personali, care țin de individ. Vechiul concept de handicap punea individul într-o poziție imuabilă, care demotivează orice evadare din această situație. Această nouă concepție face ca bătrânețea să evadeze din concepția veche care o lega de boală sau de handicap și promovează viziunea că atâta timp cât participarea socială este posibilă, bătrânețea este amânată. Aceasta pune societatea și individul însuși într-o dinamică de facilitare și încurajare a participării active la viața socială.

Cu aceste considerente în minte, cum am putea răspunde la întrebarea: cât de bătrân trebuie să fii ca să crezi că ești bătrân? Se poate răspunde că cineva se simte bătrân în măsura în care nu mai poate participa la viața socială din cauză că nu există facilități care să compenseze afectările aduse de vârstă și de modificările consecutive din activitate sau din cauză că există bariere specifice la această participare. Bătrânețea pusă în termeni de participare, pe

un continuum între facilitare și barare, ajută pe fiecare să găsească în jur și în el însuși facilitatorii necesari și să identifice și să neutralizeze barierele care se pun în fața participării lui în viața de toate zilele.

15. Bătrânețea ca schimbare, stabilitate sau continuitate

Citind cele spuse până acum despre schimbările aduse de bătrânețe, s-ar putea înțelege că, de la o vârstă încolo, omul se schimbă încontinuu ca și cum ar fi plasat pe un tobogan și nimic nu ar putea opri această deplasare în jos. Studiind biologia și psihologia bătrâneții, s-a constatat că, deși există pierderi, atât modificări structurale, cât și funcționale, organismul are suficiente mecanisme care fac ca acestea să nu afecteze homeostazia psiho-fizică a individului. În mod normal, modificările aduse de vârstă nu produc niciun dezechilibru, nu se constată nicio dizarmonie și, dacă bătrânețea a fost uneori interpretată ca o boală, aceasta s-a datorat faptului că apariția unor afecțiuni la această vârstă au avut o conotație mult mai dramatică decât apariția acelorași boli la tinerețe. Trebuie să amintesc că nivelul de morbiditate generală la grupa de vârstă 64-74 de ani nu este semnificativ mai mare decât la grupele de vârstă mai tinere. În plus, multe dintre bolile de la vârsta înaintată au debutat la vârste mai tinere, de exemplu hipertensiunea arterială sau diabetul zaharat.

Trebuie afirmat că bătrânețea înseamnă mai mult stabilitate și continuitate în sensul că tot ce se petrece este firesc, fără drame, curge din una în alta și nimic nu ne ia prin surprindere. Doar anxietatea colorează lucrurile altfel. Bolile sunt apanajul oricărei vârste, dar ele trebuie înțelese ca niște probleme temporare pentru care individul are resurse suficiente să le depășească.

Și mai este un lucru, poate chiar mai important, noi rămânem stabili și în ceea ce credem. Valorile noastre „nucleare“, esențiale, cele pe baza cărora ne construim identitatea, rămân constante de-a lungul vieții și această stabilitate ne face, în ciuda vicisitudinilor bătrâneții, să rămânem la fel în ceea ce credem despre noi și lume. Această stabilitate „interioară“ ne asigură continuitatea ca persoană și ne conduce la adaptarea cu anii care se adună în spate.

Vârsta înaintată nu este nimic altceva decât derularea unui fir dintr-un ghem de viață, este mereu aceeași ca și înainte; dacă o vedem altfel este pentru că evenimentele, întâmplările s-au acumulat, par noi, sau societatea ne împinge spre alte roluri. Dacă ar fi doar generația noastră pe pământ și nu ar apărea mereu alte generații, am rămâne mereu aceiași, nici tineri, nici bătrâni!

16. Calea finală: capacitatea de a funcționa independent

Este de la sine înțeles că, la bătrânețe și nu numai, modificările de care am vorbit până acum, cele biologice, psihologice și sociale nu se petrec izolat, iar procesul de bătrânețe este un proces multifațetat în care pierderile nu sunt uniforme în toate domeniile, iar deficitele într-un domeniu sunt compensate de câștiguri în alt domeniu. Bătrânețea este o problemă doar când capacitatea globală funcțională de rezervă este depășită, lucru care se petrece și este resimțit în mod diferit la fiecare din noi. Putem să pierdem capacitatea fizică de a merge pe jos distanțe pe care altădată ne era ușor să le parcurgem, dar le compensăm cu ajutorul transportului în comun sau cu vehiculul propriu, putem să constatăm că nu mai avem dexteritatea de odinioară când cântam la pian, dar am rămas fideli în a asculta muzica preferată și parcă nu am pierdut atât de mult încât să ne simțim stânjeniți sau frustrați, nu mai suntem capabili să jucăm fotbal cu „băieții", dar am păstrat obiceiul să participăm la agapa zgomotoasă de după meci și așa mai departe. În general, putem spune că am rămas aceeași persoană atâta timp cât putem face ceea ce este semnificativ pentru noi.

Mai este însă un punct de vedere. Toate modificările din cele trei domenii de care am vorbit mai sus se unesc într-o *„pâlnie finală*", într-un singur flux, cel al felului cum funcționează independent o persoană, adică pe gradul de autonomie, de capabilitate de autogestionare. Această capacitate de autonomie, de independență,

este în final indicatorul sintetic, global, al felului în care bătrânețea m-a ajuns sau nu. Dacă sunt încă agentul propriei mele vieții, dacă sunt încă la „timonă“, dacă pot încă să mă ghidez după propriile mele hărți și destinații, înseamnă că sunt capabil, că sunt bun, că sunt în putere, că pot singur.

Cu câteva capitole mai devreme puneam întrebarea: cine este bătrân și cine spune asta? Un răspuns îl dă societatea care ne numără anii. Este de ajuns să ne reamintim faptul că, atunci când ne ducem la o instituție și suntem puși să completam o cerere sau un formular, suntem puși să ne spunem vârsta sau anul nașterii. Acestea sunt împreună cu numele ID-ul nostru și astfel ni se mai amintește o dată ce vârstă avem. Când capacitatea de a trăi independent a început să fie știrbită de vârstă, atunci într-adevăr am îmbătrânit și cine poate spune și simți asta mai bine decât noi înșine? Desigur, sunt oameni ambițioși, puternici, care nu vor să se predea, vor să rămână independenți, vor măcar să pară așa. Este dramatic, dar și eroic, să vezi cum mulți oameni în vârstă nu vor să lase în mâinile altora treburile proprii. Îi apreciem pentru acest lucru, dar de multe ori par încăpățânați. E de înțeles cât de greu este pentru cineva să accepte că deficiențe și pierderi funcționale și structurale îl fac să-și piardă autonomia. În secțiunea următoare, dedicată autoevaluării bătrâneții, voi prezenta instrumente cu ajutorul cărora fiecare poate evalua cât de independent este în viața de toate zilele, cât de mult apreciază aceasta, cum vede bătrânețea lui și a altora și ce e gata să facă pentru aceasta.

PARTEA A II-A
Cât de bătrân sunt și cine spune asta: autoevaluarea

În care cititorul își va putea evalua atitudinea față de bătrânețe și felul cum vede bătrânețea în general și bătrânețea proprie.

Cât de bătrân sunt și cine spune asta? Aceasta este întrebarea al cărei răspuns orientează individul în toate alegerile pe care le face la bătrânețe. Cum spuneam mai înainte, dintre toate vocile care ar putea să-ți spună că ești bătrân, vocea societății este cea mai neiertătoare, ea clamează prima că ești bătrân, ea îți numără anii, pentru că ți-a dat un certificat de naștere, și îți spune când trebuie să te pensionezi. Vocea ta este o voce mai blândă, mai indulgentă, auzită doar de tine. Cuvintele pe care le utilizezi pentru a-ți descrie vârsta sunt date de atitudinea față de bătrânețe în general și față de bătrânețea ta și a altora pe care îi cunoști, ca și de felul cum percepi propria bătrânețe. S-a constatat că oamenii se simt în general mai tineri decât le spune vârsta cronologică, astfel că, în jur de 50 de ani, oamenii se simt în medie cu 5-7 ani mai tineri, iar la 65 se simt cu 10-15 ani mai tineri. Cu toate acestea, vocea societății îți va aminti mereu ce

vârstă ai, pentru că ea îți spune vârsta calendaristică. În plus, ea îți va aminti și de credințele stereotipe despre bătrânețe, concepţii fixe prin care cei din jurul tău văd și interpretează fenomenul de bătrânețe.

1. Stereotipurile despre bătrânețe – Testul *Fact of Aging Quiz*

Există un număr din ce în ce mai mare de oameni în vârstă și, cu toate acestea, noi trăim într-o societate orientată spre tineri, o societate în care a deveni bătrân nu este un lucru văzut cu ochi buni. De aici izvorăsc prejudecățile, practicile discriminatorii față de oamenii în vârstă, toate cunoscute sub numele de „ageism“, toate vorbind despre faptul că bătrânețea nu este așteptată de nimeni. Acest ageism se hrănește din concepţiile fixe prin care oamenii privesc și interpretează bătrânețea, aceste stereotipuri se găsesc în credințele și poveștile populare, în ziare și reviste, la TV, în literatură, și chiar în discursul oficial.

Stereotipurile sunt idei și mituri neschimbabile sau credințe exagerate, asociate cu o categorie de oameni și fapte, care sunt răspândite și întreținute verbal, în scris sau vizual în societate. Ele sunt constructe sociale și culturale formate în ani și care arată o manieră simplificată de a vedea lucrurile. Stereotipuri despre bătrânețe reprezintă un subset de atitudini și credințe legate de bătrânețe. Aceste stereotipuri sunt legate de interpretarea vârstei altora sau a unui grup și sunt recunoscute ca contribuind la prejudiciul și discriminarea bătrânilor.

Stereotipurile despre bătrânețe includ presupoziții și generalizări despre cum arată, se comportă și gândesc oamenii în vârstă, fără să ia în considerare diferențele și circumstanțele unice în care se găsește cineva. Stereotipurile despre bătrânețe în cultura de

tip occidental sunt în special negative, de exemplu, la bătrânețe, oamenii devin slabi, singuri, dependenți și cu o sănătate fizică și psihică șubredă. Există însă și stereotipuri pozitive privind bătrânii și bătrânețea.

Răspândirea largă a stereotipurilor negative despre bătrânețe se explică prin internalizarea lor în populație, proces la care a contribuit difuzarea lor prin mijloace mass-media, prin folclorul local și chiar prin automatismele profesioniștilor care au în sarcină îngrijirea bătrânilor. Acest proces de internalizare are loc devreme în viață și s-a constatat că însăși copiii de vârstă preșcolară pot fi purtătorii unor idei stereotipe despre ceea ce este bătrânețea. Aceste automatisme exprimă un fel de profeție despre bătrânețe, o suprasimplificare pe care unii dintre noi o utilizează atunci când doresc sau trebuie să interpreteze o problemă sau situație care implică un individ de vârstă înaintată. Stereotipiile față de bătrâni contribuie și la permanentizarea etichetării și categorisirii lor fără să se țină cont că bătrânii, ca și oricare altă categorie de vârstă, reprezintă o populație heterogenă care nu poate fi cuprinsă în clasificări și categorisiri.

Studii riguroase au arătat că stereotipurile negative se reflectă hotărâtor asupra felului cum oamenii obișnuiți privesc bătrânii și a felului cum bătrânii, la rândul lor, se simt tratați și respectați în societate. Stereotipurile negative generează atitudinea față de bătrânețe atât la nivel individual, cât și al societății în general. Aceste stereotipuri sunt mai răspândite în societățile în care individualismul este privit ca o valoare. O altă caracteristică este că stereotipurile negative sunt mai persistente ca cele pozitive.

Tendința de marginalizare socială, de prejudiciere și discriminare în diferite moduri, de etichetare, este expresia cea mai la îndemână a influenței negative a acestor stereotipuri negative. Ele au și o contribuție importantă la formarea atitudinilor și percepțiilor despre bătrânețe pe care fiecare dintre noi, tineri sau bătrâni, le avem despre bătrânețea proprie.

În 1971 și apoi în 1981, dr. Erdman Palmore a construit un test prin care a încercat să strângă laolaltă diferite „mituri“ și stereotipuri despre bătrâni și să furnizeze răspunsuri adevărate pentru

fiecare din ele. Acest test a fost numit *Fact of Aging Quiz* și are și astăzi o răspândire universală, aducând o contribuție la o înțelegere mai bună a ceea ce este cu adevărat bătrânețea. În anul 2015, Linda Breytspraak și Lynn Bandura de la Universitatea din Missouri, Kansas revizuiesc acest chestionar despre miturile bătrâneții și ajung la 50 de afirmații care trebuie cotate ca adevărate sau false. Acest chestionar este repropus parțial mai jos.

Dragă cititorule, te invit să citești cu atenție fiecare afirmație și să alegi răspunsul tău între „adevărat“ și „fals“ ca mai apoi să găsești la sfârșit răspunsurile corecte pe care cunoștințele de astăzi ni le oferă. Te rog să nu citești răspunsurile de la sfârșitul chestionarului înainte de a-l completa. Vei avea astfel ocazia să compari răspunsurile tale cu un standard științific și să vezi astfel ce fel de credințe, ce stereotipuri ai când vorbești despre bătrânețea ta și a altora. Cu această ocazie, te poți confrunta cu un standard internațional și le poți corecta pe cele proprii.

În scala de mai jos am eliminat unele din întrebările originale pentru că ele se adresau unor probleme specifice lumii anglo-saxone și le-am lăsat pe cele care au înțeles pentru țara noastră.

Nr.	**Afirmație**	**Adevărat**	**Fals**
1	Majoritatea oamenilor bătrâni (peste 65 de ani) au boala Alzheimer (demență).		
2	Pe măsură ce oamenii îmbătrânesc, inteligența lor descrește semnificativ.		
3	Este dificil pentru oamenii bătrâni să învețe lucruri noi.		
4	Personalitatea se schimbă cu vârsta.		
5	Pierderea de memorie este o parte normală a bătrâneții.		
6	Pe măsură ce oamenii îmbătrânesc, timpul de reacție crește.		
7	Depresia apare mai frecvent la bătrâni decât la tineri.		

Nr.	Afirmaţie	Adevărat	Fals
9	Alcoolismul şi abuzul de alcool este mai mare la bătrânii de peste 65 ani decât la oamenii de până la 65 ani.		
10	Bătrânii au mai multe probleme cu somnul decât ceilalţi oameni.		
11	Bătrânii au o rată de suicid mai mare decât oamenii de celelalte vârste.		
12	Tensiunea arterială creşte cu vârsta.		
13	Bătrânii transpiră mai puţin şi au risc mai mare să sufere de căldură.		
14	Toate femeile dezvoltă osteoporoză odată cu vârsta.		
15	Înălţimea unei persoane scade la bătrâneţe.		
16	Puterea fizică scade la bătrâneţe.		
17	Majoritatea bătrânilor au interes scăzut și capacitate scăzută pentru relații sexuale.		
18	Capacitatea vezicii urinare scade cu vârsta, ceea ce duce la urinări frecvente.		
19	Funcţia renală nu este afectată de vârstă.		
20	Bătrânii au mai frecvent probleme cu constipaţia.		
21	Toate cele cinci simţuri scad cu vârsta.		
22	Cu cât oamenii trăiesc mai mult, cu atât au mai multe boli cronice		
23	Pensionarea este adesea dăunătoare sănătății, de exemplu, bolile sau decesul apar mai rapid după pensionare.		
24	Bătrânii au mai puţină frică de moarte decât tinerii sau adulţii.		
27	Familia modernă are tendinţa de a nu mai îngriji bătrânii.		
28	Speranţa de viaţa a bărbaţilor este aceeași ca și pentru femei.		
33	Muncitorii bătrâni nu pot lucra tot aşa de bine ca cei tineri.		

Nr.	Afirmaţie	Adevărat	Fals
35	Majoritatea bătrânilor sunt plictisiţi şi blazaţi.		
36	În general, majoritatea bătrânilor sunt la fel.		
38	Bătrânii tind să fie mai religioşi, înclinaţi spre spiritualitate, pe măsură ce cresc în vârstă.		
40	Bătrânii nu se adaptează tot aşa de uşor ca tinerii când se mută într-un loc nou.		
47	Bătrânilor le trebuie mai mult timp să-şi revină după tulburări fizice sau psihologice.		
48	Majoritatea bătrânilor consideră că sănătatea lor este bună sau excelentă.		
50	Cercetătorii au arătat că bătrâneţea începe cu adevărat la 65 ani.		

Răspunsurile corecte la chestionar:

1. **Fals**; conform statisticilor actuale, 11% din populația de peste 65 de ani suferă de boală Alzheimer și doar 32% dintre cei de peste 85 de ani au această afecțiune, deci nu există suficiente dovezi pentru a crede că a fi bătrân înseamnă să fii candidat sigur la demență. De fapt, există o serie de „povești“ despre bătrâni și una dintre cele mai frecvente, menținută în cultura noastră populară și nu numai, este despre deteriorarea cognitivă a bătrânilor. Nu de multe ori, un om în vârstă este descris precum *„a dat în mintea copiilor“* sau *„cu mintea pierdută“* etc. Această pierdere cognitivă este bine documentată, dar nu este egală la toți, sunt unii oamenii în vârstă care își păstrează capacitățile cognitive intacte până în ultima zi a vieții lor, alții care prezintă deteriorări timpurii, de unde se poate vedea că bătrânii nu trebuie judecați ca un grup compact cu trăsături uniforme. Chiar dacă abilitățile cognitive sunt în declin, acestea nu sunt așa de severe încât să le cauzeze probleme în viața de zi cu zi.
2. **Fals**; nu există dovezi care să susţină această afirmaţie. Declinul intelectual constatat la unii bătrâni poate să aibă

cauze diverse dintre care le amintim pe cele care țin de proasta irigare a creierului cu sânge, din cauza unor boli cardiovasculare sau cele date de consumul cronic de alcool, de nutriția și hidratarea neadecvate, de deprivarea informațională.

3. **Fals**; capacitatea de învățare scade ușor cu vârsta, dar este compensată de creșterea interesului și a motivației, de selectarea informației de memorat și de aplicarea de metode specifice fiecărei persoane de a achiziționa noi informații, lucru care menține eficiența învățării pe tot parcursul vieții.
4. **Fals**: numeroase studii au demonstrat fără tăgadă că personalitatea rămâne aceeași de-a lungul întregii vieți, adică ceea ce ai fost la tinerețe rămâi și la bătrânețe; uneori, există cazul în care anumite trăsături se pot accentua la bătrânețe.
5. **Adevărat**; există o scădere moderată dar progresivă a memoriei odată cu creșterea în vârstă, mai ales a memoriei de scurtă durată și a memoriei episodice.
6. **Adevărat**; timpul de reacție este timpul scurs de la apariția unui stimul până la răspunsul corespunzător, de exemplu, timpul scurs de la apariția unui stimul vizual care îți spune să apeși pe un buton și momentul când realmente ai apăsat butonul respectiv; se știe că îmbătrânirea înseamnă o creștere a latenței răspunsului general al organismului la stimuli externi.
7. **Fals**; referitor la depresie, se poate afirma cât se poate de documentat că incidența ei la bătrâni este mai mică decât la alte grupe de vârstă, mai ales comparativ cu tinerii; aceasta este contrară părerii comune că bătrânii sunt mai triști comparativ cu oricare altă grupă de vârstă.
9. **Fals**; se poate spune că, dacă o persoană a consumat băuturi alcoolice de-a lungul vieții, va continua să consume și la bătrânețe. Bătrânețea nu aduce nimic în plus pentru ca să motiveze consumul de alcool, din contră, există suficiente rațiuni ca oamenii în vârstă să reducă consumul de alcool. Statistic, problemele date de alcool sunt mai reduse la vârstnici.
10. **Adevărat**; calitatea somnului scade la bătrâni, cele mai dese probleme sunt adormirea târzie și trezirea timpurie.

11. **Fals**; statisticile arată că rata cea mai mare de suicid este la grupa de vârstă 45-64 de ani care este comparativ mai mică cu cea găsită la grupa de vârstă de peste 85 de ani; între 65 și 84 de ani rata de suicid este comparabilă cu cea a tinerilor între 20-30 de ani.
12. **Adevărat**; tensiunea arterială tinde să crească odată cu vârsta, în mare din cauza pierderii elasticității peretelui vascular prin procesul de arterioscleroză.
13. **Adevărat**; modificările atrofice ale pielii, reducerea numărului de glande sudoripare, scăderea grosimii țesutului celular subcutanat și grăsos fac ca bătrânii să fie mai sensibili la căldură, iar termoreglarea prin transpirație să fie deficitară.
14. **Adevărat**; mai ales femeile pierd cu vârsta mineralele și substanța proteică din oase care devin mai „poroase" și fragile.
15. **Adevărat**; osteoporoza și modificările articulare apărute cu vârsta fac ca înălțimea unei persoane să scadă ușor cu vârsta; această scădere începe de la vârsta de 40 de ani și se accentuează după 70 de ani.
16. **Adevărat**; scăderea forței musculare și modificările osteoarticulare se combină pentru a rezulta o scădere generală a puterii unui individ în vârstă; aceasta se manifestă atât în capacitatea de a ridica greutăți, de a executa activități fizice ce implică forță musculară, cât și în capacitatea de a susține mult timp o activitate fizică.
17. **Fals;** impulsul sexual se păstrează de-a lungul întregii vieți, dar activitatea sexuală suferă variații în funcție de diferiți parametri personali sau de factori ce depind de contextul cultural și interpersonal; contrar idelor mult vehiculate, oamenii în vârstă sunt interesați de sex, dar există multe condiții care fac ca acest impuls să fie mai puțin exprimat: pudoarea crescută la bătrâni, boli cardiovasculare care afectează efortul din timpul actului sexual, pierderea partenerului și dificultăți în a găsi un alt partener, oprobiul public față de sexualitatea la bătrâni etc. Pe de altă parte, trebuie menționat că există câteva modificări morfologice și funcționale ale organelor genitale atât la femei,

cât și la bărbați, dar acestea nu barează în mod hotărâtor nici impulsul sexual, nici contactul fizic sexual.

18. **Adevărat**; odată cu vârsta se modifică elasticitatea pereților vezicii urinare și, deci, capacitatea ei de retenție a urinei; la aceasta se adaugă și creșterea senzației de urinare care apare la cantități reduse de urină, ceea ce determină urinări frecvente pentru cantități din ce în ce mai mici.

19. **Fals**; rinichiul este format din milioane de unități morfofuncționale prin care se filtrează sângele și se obține urina, unități numite nefroni. Cu vârsta, numărul nefronilor scade treptat, dar rămâne un număr suficient de mare care să asigure buna funcționare a procesului de epurare a sângelui de produși reziduali ai metabolismului, în special cei rezultați din arderea proteinelor precum ureea; cu toate acestea, viteza de filtrare și cantitatea de sânge filtrat scade cu vârsta (există o scădere de 8 mL/minut pentru fiecare decadă de vârstă) și aceasta face ca atât produșii metabolismului, cât și alte substanțe din sânge, precum medicamentele, să rămână mai mult în sânge până când sunt excretate. Aceasta poate fi explicația recomandării ca, odată cu vârsta, dozele de medicamente să fie mai mici, ca și cantitatea de proteine animale ingerate.

20. **Fals**; s-a crezut mult timp că bătrânii au probleme cu tranzitul intestinal din cauza scăderii forței de contracție a peretelui intestinului gros și a peretelui abdominal, care împreună participă la procesul de defecație; s-a constatat însă că constipația care poate exista la bătrâni are cauze care nu țin de vârstă, ci sunt expresia unei boli dobândite cu mulți ani în urmă.

21. **Adevărat**; pierderea acuității organelor de simț, mai ales a auzului și a văzului, odată cu vârsta este o constatare care nu mai trebuie documentată în plus.

22. **Adevărat**; prevalența bolilor cronice este mai mare la bătrâni ca la tineri, mai mult de 80% dintre bătrânii de peste 65 de ani au cel puțin o suferință cronică și 50% dintre ei au chiar două boli cronice; printre bolile cronice cel mai frecvent întâlnite

sunt hipertensiunea arterială, colesterol crescut, diabet, boli articulare, boli cardiace.

23. **Fals**; s-a constatat empiric că, după pensionare, se asistă la o deteriorare a condiției fizice și de sănătate la cei mai mulți oameni în vârstă; studii statistice au contrazis această aserțiune și nu de puține ori întâlnim oameni care au adunat mai mulți ani ca pensionari decât ca individ în câmpul muncii! În măsura în care pensionarii nu se retrag din relațiile cu ceilalți, mențin un nivel de activitate fizică satisfăcător, o dietă sănătoasă și un consum redus de alcool, în aceeași măsură ei trăiesc încă mulți ani în bună condiție de sănătate.

24. **Adevărat**; deși se consideră că bătrânii au anxietate mai mare pentru că sunt mai aproape de sfârșitul vieții lor, studii epidemiologice au arătat că anxietatea, și mai ales cea legată de amenințarea morții, este mai accentuată la cei care sunt mai departe de probabilitatea morții decât la cei care sunt în preajma ei!

27. **Fals**; există ideea că oamenii tineri sau adulți sunt din ce în ce mai puțin interesați să îngrijească bătrânii lor și îi „împing" spre instituțiile de bătrâni; mai mult, timpul petrecut între generații tinde să scadă, tinerii părăsind devreme casa părintească și simțindu-se astfel mai puțin „datori" să aibă grijă de părinții lor. Cu toate acestea, statistic vorbind, sub diferite forme, familia a rămas principalul îngrijitor al bătrânilor, prin mijloace directe de îngrijire sau indirecte (furnizarea de suport bănesc și de altă natură, plata de îngrijitori direcți sau a instituțiilor în care sunt plasați bătrânii etc.).

28. **Fals**; speranța de viață a femeilor este mai mare ca cea a bărbaților cu aproximativ 2 ani; această tendință se păstrează atât în țările sărace, cât și în vestul industrializat.

33. **Fals**; mulți consideră că a fi tânăr și puternic sunt premisele pentru a fi eficient la locul de muncă; acest stereotip nu ia în calcul experiența mai mare a oamenilor în vârstă, capacitatea lor de a compensa declinul forței fizice sau al memoriei de scurtă

durată, creșterea creativității, perseverenței și atașamentului lor față de locul de muncă.

35. **Fals**; ideea că bătrânii sunt plictisiți și apatici sau că sunt plictisitori și repetitivi este un exemplu elocvent pentru felul cum stereotipurile despre bătrânețe îmbibă viziunea socială despre bătrânețe. Bătrânii sunt interesați de ce se întâmplă în jurul lor, sunt implicați în viața socială și spirituală a comunității, sunt dornici de contacte sociale și de comunicare interpersonală; deși viziunea ageistă a societății caută să-i împingă la margine, cu decență și măsură, bătrânii doresc mereu să fie văzuți și să stea în față.

36. **Fals**; una dintre credințele dominante este că majoritatea bătrânilor sunt la fel, lucru cu totul neadevărat. Dacă acceptăm că personalitatea nu se schimbă odată cu vârsta, dacă credem că există o continuitate în identitatea noastră de-a lungul anilor, atunci putem accepta că suntem la bătrânețe ceea ce am fost și la tinerețe și, dacă este așa, atunci putem spune și că bătrânii sunt un grup tot așa de heterogen ca și alte vârste.

38. **Adevărat**; odată cu creșterea în vârstă, cu restrângerea rolurilor sociale, cu declinul capacității fizice, bătrânii au tendința de a se întoarce cu fața spre spiritualitate în general; ei sunt mai sensibili la valorile spirituale decât la cele materiale, ei au tendința de a fi „idealiști“ chiar dacă cu mulți ani în urmă erau „materialiști“, ei devin interesați de valori morale și spirituale, de meditație și de descoperirea legăturilor transcendentale cu universul, care să redefinească timpul și spațiul, precum și deînțelesul vieții și al morții.

40. **Fals**; se crede în mod greșit că bătrânii sunt mai rigizi și capacitatea lor de adaptare la o ambianță nouă este redusă; studii făcute pe bătrânii care s-au mutat din locurile în care au stat ani de zile, au arătat că ei exprimă un grad de satisfacție ridicat cu noile condiții, dacă ele le satisfac nevoie bazale, de siguranță și cele de relație interumană.

47. **Adevărat**; este adevărat că bătrânilor le ia mai mult timp pentru adaptare și depășirea problemelor, atât de sănătate, cât și

psiho-sociale; bătrânii sunt confruntați cu o mulțime de „pierderi“ precum cele ale rolului social prin pensionare, pierderea partenerului, plecarea copiilor de acasă, scăderea venitului, schimbarea rezidenței etc. și toate acestea se adună și încarcă suplimentar resursele de adaptare și recuperare ale unui om în vârstă.

48. **Adevărat**; majoritatea bătrânilor se cotează ca având o sănătate bună și chiar excelentă; astfel ei se evaluează ca având o vârstă cu cel puțin 10 ani mai mică decât cea cronologică. La fel, ei își dimensionează anii care le-au mai rămas de trăit cu mult peste speranța generală de viață din lumea în care trăiesc.

50. **Fals**; problema pragului dincolo de care un om poate fi considerat bătrân este uneori foarte dificilă și am abordat-o cu câteva capitole mai sus; din punct de vedere administrativ, vârsta cronologică de 65 de ani a fost luată ca prag dincolo de care un om intră în grupa de vârstă a bătrânilor; acest prag nu se suprapune cu vârsta „subiectivă“ sau cea „resimțită“ de bătrânețe și mulți oameni în vârstă se simt nedreptățiți de a fi trecuți „contabilicește“ dintr-o grupă de vârstă în alta fără să se țină seama de condiția lor fizică și psihologică; multe studii, efectuate în diferite țări și medii sociale, au arătat că vârsta de 65 de ani nu oferă „identitatea“ de bătrân pentru cei mai mulți oameni de această vârstă.

Toate aceste idei preconcepute, stereotipuri, exagerări, mituri despre bătrâni sunt întreținute de o viziune socială care tinde să ierarhizeze oamenii după vârstă, să le atribuie caracteristici peiorative și calificative care nu fac decât să expedieze în mod simplist o situație în care nimeni nu vrea să se oglindească cu adevărat.

2. Atitudinile față de bătrânețe – Chestionarul atitudinilor față de bătrânețe

Atitudinile față de bătrânețe este un alt „concept“ după care noi acceptăm sau nu propria bătrânețe sau ne declarăm satisfăcuți sau nu de ea. Fiecare dintre noi are propria atitudine față de bătrânețe în general, față de bătrânețea altora și față de propria bătrânețe. Nu trebuie să fii bătrân ca să posezi astfel de atitudini, indivizii de toate vârstele au propriile concepții asupra bătrâneții. Pe baza acestor atitudini, noi interpretăm, verbalizăm și ne comportăm într-un anumit fel înainte de a fi bătrâni și apoi după ce am ajuns în acest stadiu al vieții. Atitudinile unui individ asupra propriei bătrâneți nu se pot disocia de contextul cultural, social și istoric în care trăiește și reflectă mesajele sociale, oportunitățile și stereotipurile despre bătrânețe din lumea în care trăiește.

Atitudinea este o evaluare personală care oferă înțeles și semnificație aspectelor din lumea în care trăiește individul. Atitudinile cuprind componente emoționale, cognitive și comportamentale și influențează trăirea unui fenomen și consecințele percepute ale existenței acestui fenomen. Ele sunt credințe, valori și opinii ca răspuns la experiențele trăite de-a lungul vieții, ele pot fi văzute ca judecăți integrative, stabile, care strâng laolaltă gândurile, sentimentele și memoria față de anumite situații sau fenomene. Din această cauză atitudinile încorporează de multe ori incertitudini și conflicte, dar și o anumită tărie care le fac rezistente la

trecerea timpului sau la argumente contrarii. Atitudinile față de bătrânețe implică mai degrabă percepția subiectivă a bătrâneții decât vârsta cronologică și experiența de viață. Ele reprezintă o evaluare subiectivă complexă a experiențelor psihologice, fizice și sociale la care se adaugă anticiparea viitorului așa cum îl concepe fiecare. Fiecare individ își construiește și posedă o conștiința și o cunoaștere specifică asupra propriei îmbătrâniri. Atitudinile față de bătrânețe se plasează pe un continuum dintre pozitiv și negativ. Atitudinea pozitivă față de bătrânețe reflectă o perspectivă optimistă asupra dezvoltării și creșterii personale la vârsta înaintată, în timp ce atitudinea negativă reflectă o viziune după care vârsta înaintată este o perioadă de declin fizic și mintal. Astfel, atitudinile față de bătrânețe se constituie într-o lentilă multidimensională prin care atât câștigurile, cât și pierderile datorate vârstei sunt văzute și interpretate. Ele fac individul să înțeleagă experiența bătrâneții, reflectă atât percepția, cât și cunoașterea bătrâneții și astfel influențează alegerile comportamentale ulterioare.

O analiză făcută pe baza a peste 200 de studii a arătat că atitudinile față de bătrânețe depind de vârsta indivizilor. Astfel, pe măsură ce oamenii avansează în vârstă, ei nu se văd ca bătrâni și ignoră numărul de ani care le-a mai rămas de trăit, pe când cei de vârstă medie au o atitudine negativă față de bătrânețe și sunt conștienți de timpul rămas până când vor fi bătrâni. Mai mult, o atitudine pozitivă față de bătrânețe corelează puternic cu longevitatea și cu satisfacția vieții trăite și unele studii au arătat că prezența acestor atitudini conduce chiar la o creștere cu 4 până la 10 ani a expectanței vieții. În plus, cei cu astfel de atitudini se consideră mai tineri decât vârsta pe care o au realmente. Ponderea atitudinilor pozitive asupra sănătății globale este mai mare decât hipertensiunea arterială, nivelul colesterolului, fumatul sau exercițiul fizic. În mod contrar, atitudinile negative asupra bătrâneții au fost asociate cu o sănătate proastă, indivizii cu astfel de atitudini se consideră tot atât de bătrâni cât sunt și în realitate, se pensionează anticipat, au un nivel semnificativ de depresie și raportează un număr mai mare de boli cronice.

În anul 2007, Kenneth Laidlaw și colaboratorii săi de la Universitatea din Edinburgh, Scoția, împreună cu un grup de lucru de la Organizația Mondială a Sănătății, care se ocupa de măsurarea calității vieții, au dezvoltat un chestionar prin care să se măsoare atitudinile față de bătrânețe. Acest chestionar a fost testat pe 5.566 subiecți de peste de 60 de ani din 20 de țări și, astfel, s-au demonstrat capacitatea și acuratețea lui de a evalua atitudinile față de bătrânețe. Acest chestionar, numit Chestionarul atitudinilor față de bătrânețe (*Attitudes to Ageing Questionnaire*), cuprinde 24 de afirmații, grupate în trei categorii sau subscale, față de care respondentul trebuie să se plaseze în funcție de cât de mult sau cât de puțin este de acord cu fiecare din ele. În felul acesta se explorează atitudinile față de bătrânețe pe trei dimensiuni: pierderile psiho-sociale aduse de bătrânețe, schimbările fizice aduse de bătrânețe și câștigurile psihologice aduse de bătrânețe.

Chestionarul atitudinilor față de bătrânețe este prezentat mai jos și invit fiecare cititor să completeze acest chestionar, evaluând acordul sau dezacordul față de fiecare aserțiune din chestionar. Apoi scorul de la fiecare aserțiune se adună pentru fiecare domeniu sau subscală și astfel se obține profilul atitudinilor față de bătrânețe al celui care a completat chestionarul. Un scor mare reflectă o adeziune mare la tema subscalei, de exemplu, un scor mare la pierderile psiho-sociale înseamnă o atitudine negativă față de bătrânețe, pe când un scor mare la celelalte subscale înseamnă o atitudine pozitivă față de activitatea fizică și față de câștigurile psiho-sociale pe care le aduce vârsta.

CHESTIONARUL ATITUDINILOR FAȚĂ DE BĂTRÂNEȚE

Instrucțiuni: Te rog să citești cu atenție fiecare afirmație și să bifezi cifra corespunzătoare din dreptul ei în funcție de acordul sau dezacordul față de aceasta. Apoi adună cifrele fiecărei afirmații pe cele trei subscale separate și vei obține scorul pentru fiecare din

ele. Un scor mare, de peste 24, indică o atitudine puternică față de semnificația subscalei respective. De exemplu, dacă ai obținut scorul de 32 la subscala de „Pierderi psiho-sociale" înseamnă că ești de acord că bătrânețea aduce cu ea pierderi psiho-sociale, respectiv ai o atitudine negativă față de bătrânețe. Un scor de peste 24 la subscalele „Schimbări fizice" și „Câștiguri psiho-sociale" indică, din contră, o atitudine pozitivă față de bătrânețe.

Nr. întrebări	**Afirmaţia**	**De acord total**	**De acord parțial**	**Neutru**	**Dezacord parțial**	**Dezacord total**
Subscala 1: Pierderi psiho-sociale						
1	Bătrâneţea este un timp al singurătăţii	1	2	3	4	5
2	Bătrâneţea este o perioadă tristă din viaţă	1	2	3	4	5
3	Pe măsură ce sunt mai bătrân, este mai greu să vorbesc despre mine	1	2	3	4	5
4	Privesc bătrâneţea ca o perioadă a declinului	1	2	3	4	5
5	Îmbătrânind, mi-am pierdut independenţă fizică	1	2	3	4	5
6	Pe măsură ce am îmbătrânit, a fost mai greu să-mi găsesc noi prieteni	1	2	3	4	5
7	Mă simt mai puţin implicat în viaţa socială de când sunt mai bătrân	1	2	3	4	5
8	Din cauza vârstei mele, mă simt exclus din multe locuri	1	2	3	4	5
Subscala 2: Schimbările fizice/ corporale						
9	Este important să fac exerciţii fizice la orice vârstă	1	2	3	4	5

Nr. întrebări	Afirmaţia	De acord total	De acord parţial	Neutru	Dezacord parţial	Dezacord total
10	A fost mai simplu să îmbătrânesc decât mi-am închipuit	1	2	3	4	5
11	Nu mă simt bătrân	1	2	3	4	5
12	Cine sunt nu ţine de vârstă	1	2	3	4	5
13	Problemele mele de sănătate fizică nu mă împiedică să fac ce doresc	1	2	3	4	5
14	Starea mea de sănătate este mai bună decât m-am aşteptat conform vârstei mele	1	2	3	4	5
15	Mă păstrez cât pot de bine, făcând activitate sau exerciţii fizice	1	2	3	4	5
16	Este important să fac exerciţii fizice la orice vârstă	1	2	3	4	5
Subscala 3: Câştigurile psiho-sociale						
17	Pe măsură ce oameni devin mai în vârstă, sunt mai capabili să se adapteze problemelor de viaţă	1	2	3	4	5
18	Este un privilegiu să fii bătrân	1	2	3	4	5
19	Înţelepciunea vine cu vârsta	1	2	3	4	5
20	Există o mulţime de lucruri plăcute pe care le aduce bătrâneţea	1	2	3	4	5
21	Este foarte important să împărtăşesc experienţa mea cu cei mai tineri	1	2	3	4	5
22	Cred că viaţa mea a însemnat ceva	1	2	3	4	5
23	Vreau să fiu un exemplu pentru cei mai tineri	1	2	3	4	5
24	Pe măsură ce am îmbătrânit, m-am împăcat mai bine cu mine însumi	1	2	3	4	5

Acum că ți-ai evaluat atitudinile față de bătrânețe în general și, în acest fel, și atitudinile față de propria bătrânețe, indiferent dacă a venit sau nu, este timpul să ne gândim la felul cum percepi bătrânețea, cum o simți, cum o trăiești, cât de grea sau ușoară îți pare așezată pe umerii tăi.

3. Percepția bătrâneții – Chestionarul percepțiilor despre bătrânețe

Percepţia este fenomenul de conştientizare a unui stimul sau eveniment intern sau extern. În general, percepţia se realizează prin organele de simţ care identifică variaţia unui fenomen fizic ce este apoi decodat de creier sub forma unei percepţii. De exemplu, variaţia unui fenomen oscilatoriu este perceput ca un sunet, dacă este în frecvenţa pe care o percepe urechea, sau ca o vibraţie, dacă este în frecvenţa percepută de organele simţului tactil. Dincolo de aceste frecvenţe, nu putem nici să auzim sunete, nici să simţim vibraţii. Deci, pentru ca o percepţie să existe, trebuie ca stimulul să depăşească un prag dincolo de care organele senzoriale pot sesiza această variaţie a fenomenului fizic, extern sau intern.

În sens larg, există și percepţii pe care le realizează aparatul nostru cognitiv, percepţii prin care un fenomen sau eveniment este judecat în funcţie de anumite criterii setate anterior apariţiei acestui eveniment. Astfel, noi putem percepe dacă un eveniment ne este favorabil sau nu, dacă este un pericol sau nu, dacă suntem bine-veniţi sau nu. Acest gen de percepţii se bazează pe emoţii, sentimente și pe capacitatea de a ne imagina ce gândesc alţii despre noi. De exemplu, eu pot să percep dacă o persoană mă simpatizează sau nu, dacă este politicoasă sau ostilă etc. Și aici, ca şi în cazul organelor de simţ, avem praguri dincolo de care un eveniment, o situaţie poate fi percepută sau trecută cu vederea. Dacă sunetele sau alte excitaţii din mediul fizic sunt percepute în mod aproape unitar de către toţi

indivizii, când e vorba de acest de al doilea fel de percepții, există o variațiune interindividuală foarte mare. Dacă un sunet este auzit de majoritatea oamenilor la fel, faptul că suntem bine-veniți la o adunare este o percepție diferită de la individ la individ. Aici putem vorbi despre sensibilitatea și senzitivitatea la stimulii sociali, lucruri care s-au setat în timpul experiențelor anterioare așezate pe felul nostru originar de a fi. Astfel, s-au format niște scheme cognitive prin care interpretăm realitatea din afară și din interiorul nostru. De exemplu, noi putem toți percepe că am îmbătrânit, dar unii vor percepe mai devreme, iar alții mai târziu acele schimbări care anunță că procesul de îmbătrânire a „venit". Nu există un „standard de aur", fiecare are pragul lui, și acest prag s-a format sub influența mediului cultural în care am trăit, la formarea căruia au contribuit stereotipurile și atitudinile de care am vorbit mai sus.

Autopercepțiile includ gânduri personale, sentimente și evaluări asupra aspectelor vieții proprii. Autopercepțiile despre vârstă reflectă înțelesurile semnificative sociale despre vârstă, incluzând imaginile culturale și stereotipurile despre vârstă. Ele sunt ancorate în experiențele personale și în mod curent sunt procesate și înțelese conștient sau inconștient. Autopercepțiile despre bătrânețe încorporează diferite domenii ale interpretării bătrâneții precum câștigurile și pierderile, oportunitățile și declinul datorită vârstei. S-a demonstrat că autopercepția pozitivă față de propria sănătate la bătrânețe influențează longevitatea tot atât de mult cât influențează și obezitatea, fumatul sau exercițiile fizice.

Există o convingere largă asupra legăturii dintre prezența percepțiilor pozitive asupra bătrâneții și sănătatea fizică, bunăstarea psihologică și longevitate. La fel, există date care arată că starea prezentă de sănătate influențează viziunea asupra propriei sănătăți și asupra speranței proprii de viață. Studiul *The Ohio Longitudinal Study of Health and Retirement* (Studiul longitudinal asupra sănătății și pensionării din Ohio), efectuat în Statele Unite în 2002 și desfășurat de-a lungul a 23 de ani, a arătat că indivizii cu percepție pozitivă asupra bătrâneții au trăit în medie cu 7,5 ani mai mult decât cei cu percepție negativă asupra propriei bătrâneți, deci

percepția pozitivă a fost asociată cu o mai bună sănătate. Studii ulterioare au întărit constatarea că atitudinea față de bătrânețe poate influența pozitiv starea de sănătate și longevitatea. Astfel, s-a urmărit timp de 17 ani relația dintre aceste percepții și sănătate și s-a constatat că cei cu percepții pozitive au un nivel de sănătate mai bun decât cei cu percepții negative asupra propriei bătrâneți. Un alt studiu, desfășurat de-a lungul a 23 de ani, a arătat că cei cu percepții pozitive au o longevitate mai mare decât cei cu percepții negative. Alte cercetările au arătat că credințele despre bătrânețe se corelează chiar cu unele din cauzele specifice de mortalitate, de exemplu, indivizii cu autopercepții pozitive sunt mai puțin predispuși să moară din cauze respiratorii decât cei cu autopercepții negative asupra bătrâneții. Au fost demonstrate și relațiile dintre autopercepțiile bătrâneții și sănătatea psihologică, precum satisfacția vieții, calitatea vieții, singurătatea și depresia. În plus, autopercepțiile pozitive se leagă de adoptarea unui comportament mai bun de sănătate și de strategii funcționale de depășire a greutăților în viață.

O conceptualizare multidimensională a autopercepției bătrâneții a fost inclusă în Chestionarul experiențelor proprii cu bătrânețea (*Personal Experience of Aging Questionnaire*) ce a fost realizat în Germania și apoi testat pe un eșantion de peste 4.000 de adulți între 40 și 82 de ani. Chestionarul constă într-un set de 47 de afirmații despre bătrânețe, atât pozitive cât și negative, în domenii precum sănătate, contacte și activități sociale și personalitate. Autorii au găsit trei aspecte relevante pentru evaluarea autopercepției bătrâneții: i) declinul fizic (pierderea vitalității și a sănătății), ii) dezvoltarea personală continuă și iii) pierderea socială (de exemplu, descreșterea respectului și scăderea numărului relațiilor sociale). Acest studiu a demonstrat că faptul de a te simți tânăr, o autoapreciere pozitivă asupra sănătății, un venit crescut, contacte sociale multiple, o educație înaltă și optimismul sunt asociate cu creșterea personală, reducerea declinului fizic și a pierderilor sociale la bătrânețe.

Un alt chestionar de evaluare a autopercepțiilor despre bătrânețe, numit Chestionarul percepțiilor despre bătrânețe (*Aging*

Percepțions Questionnaire) a fost dezvoltat de Maja Becker și colaboratorii ei de la Universitatea din Dublin, Irlanda, în 2007. Chestionarul cuprinde 32 de întrebări care explorează mai multe domenii precum identitatea dată de vârstă, cronologia problemelor date de vârstă, consecințele și controlul lor alături de răspunsul emoțional la toate acestea. Chestionarul a fost testat pe 2.033 de subiecți dcu vârsta peste 65 de ani și a dovedit că poate decela cu acuratețe autopercepțiile oamenilor față de bătrânețe.

Mai jos, prezint acest chestionar și invit cititorul să-l completeze conform instrucțiunilor atașate.

CHESTIONARUL PERCEPȚIILOR DESPRE BĂTRÂNEȚE

Instrucțiuni: afirmațiile de mai jos privesc felul în care vezi și trăiești propria bătrânețe. Nu există răspunsuri corecte și altele greșite, fiecare are propria experiență și viziune și te rog să răspunzi așa cum este cazul tău.

Nr.	Afirmație	Dezacord total	Dezacord parțial	Neutru	Acord parțial	Acord total
1	Mereu am conştiinţa că am îmbătrânit	1	2	3	4	5
2	Totdeauna sunt conştient de vârsta mea	1	2	3	4	5
3	Totdeauna mă clasific ca bătrân	1	2	3	4	5
4	Totdeauna sunt conştient de faptul că am îmbătrânit	1	2	3	4	5
5	Îmi simt vârsta în tot ce fac	1	2	3	4	5
6	Sunt mai înţelept acum că am îmbătrânit	1	2	3	4	5
7	Pe măsură ce îmbătrânesc, în aceeași măsură mă dezvolt ca persoană	1	2	3	4	5

Nr.	Afirmaţie	Dezacord total	Dezacord parţial	Neutru	Acord parţial	Acord total
8	Pe măsură ce îmbătrânesc, apreciez mai mult lucrurile	1	2	3	4	5
9	Devin trist când mă gândesc la faptul că bătrâneţea ar putea afecta ceea ce fac	1	2	3	4	5
10	Calitatea vieţii mele sociale din ultimii ani a depins de mine	1	2	3	4	5
11	Calitatea relaţiilor mele cu alţii în ultimii ani depinde de mine	1	2	3	4	5
12	Dacă continui să-mi trăiesc viaţa pe deplin depinde de mine	1	2	3	4	5
13	Devin trist când mă gândesc la efectele posibile ale bătrâneţii asupra vieţii mele sociale	1	2	3	4	5
14	Pe măsură ce îmbătrânesc, sunt mai multe lucruri pe care le pot face ca să-mi menţin independenţa	1	2	3	4	5
15	Dacă bătrâneţea are aspecte pozitive, depinde de mine	1	2	3	4	5
16	Îmbătrânind, sunt mai puţine lucruri pe care le pot face	1	2	3	4	5
17	îmbătrânind, sunt din ce în ce mai puţin independent	1	2	3	4	5
18	Îmbătrânind, toate devin mai greu de făcut pentru mine	1	2	3	4	5
19	Pe măsură ce îmbătrânesc, iau parte la mai puţine activităţi	1	2	3	4	5
20	Pe măsură ce îmbătrânesc, nu depășesc tot atât de bine problemele care apar	1	2	3	4	5
21	Lentoarea cauzată de vârstă nu este ceva ce pot controla	1	2	3	4	5
22	Cât de mobil sunt în acești ani nu depinde de mine	1	2	3	4	5
23	Nu pot controla pierderea vitalităţii sau a plăcerii la bătrânețe	1	2	3	4	5

Nr.	Afirmație	Dezacord total	Dezacord parțial	Neutru	Acord parțial	Acord total
24	Nu pot controla efectele pe care le are bătrânețea asupra vieții mele sociale	1	2	3	4	5
25	Devin trist când mă gândesc că îmbătrânesc	1	2	3	4	5
26	Mă îngrijorează efectele pe care îmbătrânirea le-ar putea avea asupra relațiilor mele cu alții	1	2	3	4	5
27	Eu trec prin perioade în care experiența bătrâneții îmi pare mai bună sau mai rea	1	2	3	4	5
28	Conștiința că devin bătrân variază de la perioadă la perioadă	1	2	3	4	5
29	Sunt supărat când mă gândesc că îmbătrânesc	1	2	3	4	5
30	Trec prin perioade când mă simt bătrân	1	2	3	4	5
31	Conștiința că îmbătrânesc schimbă o mulțime de lucruri în fiecare zi	1	2	3	4	5
32	Trec prin perioade când mă văd devenind mai bătrân	1	2	3	4	5

Acum că ai completat tot acest chestionar, poți să te uiți la scorurile pe care le-ai alocat fiecărei afirmații. Poți să-ți dai seama care este percepția ta, pozitivă sau negativă, față de multiplele fațete prin care ți se arată vârsta. Astfel, părinții acestui chestionar au construit diferite domenii care să te ajute să identifici diferite fațete ale percepției tale față de propria bătrânețe. Scorul la întrebările 1, 2, 3, 4 și 5 arată cât de constant în timp percepi faptul că ești bătrân, respectiv dacă percepi bătrânețea tot timpul sau doar din când în când. Un scor mare, de peste 13, va semnifica faptul că percepi bătrânețea tot timpul. În schimb, un scor mare la întrebările 27, 28, 30, 31 și 32 va semnifica că tu percepi îmbătrânirea doar din când în când. Un alt domeniu este evidențiat de întrebările 6, 7 și 8 care arată dacă percepi consecințele pozitive ale bătrâneții, pe când întrebările 16, 17, 18, 19 și 20 arată faptul că percepi mai mult consecințele negative

ale bătrâneții. Aceste consecințe, pozitive sau negative, pot fi sub controlul propriu sau nu. Faptul că poți controla consecințele pozitive este relevat de afirmațiile 10, 11, 12, 14 și 15, iar faptul că poți sau nu controla consecințele negative se evaluează prin afirmațiile 21, 22, 23 și 24. În fine, afirmațiile 9, 13, 25, 26 și 29 arată cât de emoțional ești ca răspuns la propria îmbătrânire. Cu răbdare, revizuind cu atenție felul în care ai răspuns și ce scor ai avut pentru aceste domenii, poți afla ce profil ai privitor la propria îmbătrânire, poți face o microdisecție a autopercepțiilor în loc să te gândești global și nespecific la procesul creșterii vârstei tale.

Dar de care vârstă vorbim? Vorbim de vârsta cronologică, cea pe care mi-au dat-o actele de stare civilă sau de vârsta pe care o simt? Această vârstă pe care o simt este vârsta subiectivă. Vârsta subiectivă este sinonimă cu percepția vârstei, adică cu vârsta pe care simți că o ai. Fiecare din noi face mereu comparații cu vârsta altora și, astfel, avem estimări pozitive sau negative față de propria vârstă. Indivizii interpretează propriul proces de îmbătrânire făcând comparații cu alții cu care cred că se aseamănă ca vârstă, aparență și vigoare, mai ales pentru că a apărea mai tânăr, a te identifica ca fiind mai tânăr decât ești, de fapt, este o valoare în societatea de astăzi. Indivizii care se simt „bătrâni“ se simt așa ca răspuns la experiențele negative personale sau sociale, sau la probleme de sănătate. Deci percepția subiectivă a vârstei este o chestiune personalizată și nu are legătură cu vârsta cronologică. Este aproape o axiomă că indivizii care se simt mai tineri văd problemele lor într-o lumină pozitivă. În viața de toate zilele, se spune că *„ești atât de bătrân pe cât te simți*“.

Acum, te rog să răspunzi cât se poate de sincer la întrebarea următoare:

„Mulți oameni se simt mai tineri sau mai bătrâni decât sunt în realitate. În cea mai mare parte a timpului, ce vârstă simți că ai? Pune o cifră ______“

Această cifră este *„vârsta simțită*“ de tine. Vârsta simțită este cea mai frecventă măsurare a vârstei subiective. O vârstă simțită mai tânără decât vârsta cronologică înseamnă bineînțeles că te

simți mai tânăr decât ești în realitate, adică față de vârsta „*fizică*“, vârsta propriului organism. Vârsta simțită a fost deseori gândită ca vârstă „*ideală*“ sau vârsta la care cineva vrea să fie. La tinerețe, oamenii se simt mai bătrâni decât sunt, iar mai târziu ei se simt mai tineri decât sunt. Vârsta simțită mai tânără poate proteja individul de multe inconveniente, îl face să mobilizeze resursele psihosociale pentru a se menține la o vârstă convenabilă și să-și extindă perioada de viață. Aceștia sunt cei care evită stereotipiile negative despre vârstă, aceștia sunt cei care au autopercepții pozitive față de vârstă, cele de care am vorbit mai sus.

Numeroase studii au arătat că diferența dintre vârsta simțită și vârsta cronologică crește cu vârsta. Cu cât indivizii devin mai bătrâni, cu atât diferența dintre vârsta cronologică și cea simțită crește. Astfel, ce citează mereu studiul făcut în 2010 de Russell Ward de la Universitatea din Albany, SUA, pe 2.691 participanți între 25 și 74 ani, studiu care a arătat că cei cu vârsta de 40 se simt cu 7 ani mai tineri, diferență care crește la 10 la 50 ani, la 12 la 60 ani și la 13 ani la cei de 70 ani.

Acum, o să-ți mai pun o întrebare. Te rog să te concentrezi și să-ți imaginezi că ai putea avea orice vârstă ai vrea și întrebarea este: „*La ce vârstă ai vrea să fii*?“ Pune o cifră ______.

Ei bine, vârsta la care ai vrea să fii este vârsta ta ideală, vârsta la care ai vrea să fii în momentul de față, este vârsta cu care ai vrea să te identifici, este aspirația ta relativă la vârstă. Este vorba de o „nostalgie“ după o vârstă magică, pe care nu ai vrea să o pierzi niciodată. În fond, alegând această vârstă, tu ai făcut o comparație între vârsta ta curentă și una mai tânără. În această comparație, în mod inconștient, tu ai pus stereotipiile tale privind vârsta, percepția vârstei actuale și aspirația ta de a fi la o anumită vârstă. S-a văzut că un ideal de vârstă tânără reflectă o motivație de a fi și a arăta mai tânăr sau chiar fără vârstă. De obicei, vârsta ideală tânără trădează că subiectul respectiv are evaluări negative față de bătrânețe, și prin alegerea unei vârste tinere, el vrea de fapt să evite bătrânețea. Se mai întâmplă că, atunci când indivizii doresc să fie tineri, ei exprimă lipsa de satisfacție cu vârsta curentă.

Când vârsta ideală este similară cu cea cronologică, atunci aceasta semnifică satisfacția cu vârsta la momentul respectiv, cu predicțiile referitoare la viitor, cu dezvoltarea personală, cu îmbrățișarea valorilor transcendentale în defavoarea celor materiale și imediate.

Ultima întrebare pe care vreau să ți-o pun sună așa: *„În general, îmbătrânirea a fost o experiență pozitivă sau negativă pentru tine?“*

Alege unul dintre răspunsurile următoare: foarte pozitivă; pozitivă; nici pozitivă, nici negativă; negativă; foarte negativă ______.

În felul acesta, ai evaluat global cât de satisfăcut ești cu experiența îmbătrânirii. Apoi te rog să te gândești la felul cum ai ales răspunsul tău. Corelează răspunsul cu ideile tale stereotipe față de vârstă, cu atitudinile față de vârstă, cu autopercepția, cu vârsta la care te simți și cu vârsta ideală pe care ai vrea să o ai. Meditează la aceste corelații și vezi dacă sunt unele lucruri care nu te lasă în pace cu privire la procesul creșterii în vârstă, caută să găsești acum răspunsul la ele.

4. Chestionarul simptomelor de îmbătrânire la bărbați

Un alt instrument de autoevaluare este Chestionarul simptomelor de îmbătrânire la bărbați (*The Ageing Male Symptoms*) ce a fost dezvoltat de Centrul de cercetări epidemiologice și de sănătate din Berlin, instrument care a câștigat popularitate internaţională. Acest chestionar cuprinde 17 întrebări și evaluează trei domenii: mintea (5 întrebări), corpul (7 întrebări) și activitatea sexuală (5 întrebări). Răspunsurile la fiecare întrebare se plasează pe o plajă de severitate cu 5 trepte, de la 1 – absent, 2 – ușor, 3 – moderat, 4 – sever și 5 – foarte sever. Suma totală a scorurilor fiecărei întrebări dă scorul chestionarului și acest scor merge de la 17 la 85, iar un scor de peste 50 este considerat un scor „sever".

Simptomele prezentate de acest instrument sunt expresia scăderii nivelului de testosteron, hormonul secretat de glandele sexuale masculine, precum și a modificărilor specifice altor glande endocrine precum hipofiza și hipotalamusul, o formaţiune cerebrală care face legătura dintre activitatea cerebrală și cea endocrină. Toate aceste modificări sunt expresia procesului de andropauză, proces care anunță senescența la bărbați. Andropauza, similară menopauzei la femei, este cauzată de declinul activității glandelor endocrine sexuale, parte a procesul general de îmbătrânire. Bărbații nu sunt așa de conştienţi de apariţia fenomenelor de îmbătrânire precum femeile, așa că acest instrument, care măsoară

atât simptomele pre- cât și cele postandropauză, este foarte bine venit, pentru că poate evalua cu precocitate apariția procesului de senescență.

CHESTIONARUL SIMPTOMELOR DE ÎMBĂTRÂNIRE PRECOCE LA BĂRBAȚI

Nr. întrebare	Întrebare	De loc	Ușor	Moderat	Sever	Foarte sever
1	Declin în sentimentele de bunăstare generală (stare de sănătate)	1	2	3	4	5
2	Dureri musculare şi articulare (la spate, în picioare, genunchi, umeri etc.)	1	2	3	4	5
3	Transpiraţii excesive (episoade neașteptate sau brușe de transpiraţii sau valuri de căldură)	1	2	3	4	5
4	Probleme de somn (insomnii, dificultăţi de adormire, dificultăţi în a avea un somn continuu sau probleme de trezire matinală, somn neodihnitor, oboseală la trezire)	1	2	3	4	5
5	Creşterea nevoii de somn, adesea senzaţia de a fi obosit	1	2	3	4	5
6	Iritabilitate (agresivitate, irascibilitate, oscilaţii emoţionale)	1	2	3	4	5
7	Nervozitate (tensiune internă, nelinişte, agitaţie)	1	2	3	4	5
8	Anxietate, panică	1	2	3	4	5
9	Epuizare fizică/pierderea vitalității (descreştere generală în performanţă, reducerea activităţii, pierderea interesului pentru activităţi distractive, sentimentul de a fi făcut mai puţin, de a dobândi mai puţin, de a fi copleșit și de a te forța să faci ceva)	1	2	3	4	5

Nr. întrebare	Întrebare	De loc	Ușor	Moderat	Sever	Foarte sever
10	Descreşterea puterii musculare (senzaţia de slăbiciune)	1	2	3	4	5
11	Dispoziţie depresivă (tristeţe, lipsă de interes şi motivaţie, inutilitate, deziluzie, emoţionalitate crescută)	1	2	3	4	5
12	Sentimentul că ţi-a trecut timpul	1	2	3	4	5
13	Sentimentul de epuizare, de a fi atins limita	1	2	3	4	5
14	Descreşterea vitezei de creştere a bărbii	1	2	3	4	5
15	Descreştere în abilitatea şi frecvenţa activităţii sexuale	1	2	3	4	5
16	Descreşterea numărului de erecţii matinale	1	2	3	4	5
17	Descreşterea dorinţei sexuale (pierderea plăcerii sexuale, pierderea interesului pentru relaţii sexuale)	1	2	3	4	5

Scorurile acestui chestionar trebuie interpretate astfel:

- scor între 17 și 26 – stare bună;
- scor între 27 și 36 – efecte minore explicate prin andropauză, se recomandă exerciții fizice, controlul stresului și al greutății;
- scor între 37 și 49 – efecte ale declinului activității endocrine specifice bărbatului ce necesită mijloace specifice de remediere;
- scor peste 50 – declin sever al stării generale de sănătate ce necesită atenție specifică medicală.

Iată cum, cu ajutorul acestor instrumente pe care le-am prezentat în această secțiune a cărții, tu poți să te evaluezi și să afli: i) cum vezi propria bătrânețe, ii) cât de tânăr te simți și la ce distanță ești de vârsta cronologică, iii) ce vârstă ți-ai dori și de ce, iv) cât control ai față de propria bătrânețe, de consecințele ei, v) care sunt credințele tale profunde și stereotipiile datorită cărora uneori vârsta îți pare o povară sau datorită cărora ai căpătat înțelepciune.

Constată la sfârșitul acestei sesiuni de evaluare dacă ce credeai înainte despre vârsta ta este același lucru cu ce constați acum, după evaluare, și dacă a fost o surpriză sau nu. Oricum ar fi, sunt convins că această evaluare te va face mai motivat să citești următoarea secțiune a cărții în care îți voi vorbi despre ce trebuie să faci ca să îmbătrânești frumos, adică să obții în fiecare moment sentimentul că anii care trec sunt împliniți și tu ai făcut ceea ce erai dator să faci pentru tine însuți.

*

După ce am discutat în partea I a cărții despre cadrul în care cineva poate să interpreteze bătrânețea în general și propria bătrânețe și după ce am oferit în partea a II-a câteva dintre metodele după care o persoană poate să se autoevaluaze cu privire la percepția și atitudinile față de bătrânețe, următoarea parte vreau să o dedic răspunsurilor la întrebarea firească: *„Ce să facem ca să îmbătrânim frumos?“*. De la început, trebuie să dezvălui că această concepție a mea este de a construi un *„stil de viață intențional“*, adică un stil de viață care să cuprindă acele concepții, atitudini, practici și ritualuri care să ducă la o trecere lină și armonioasă de la un ciclu de viață la altul, și care să pună organismul, în întregul lui, în condițiile cele mai prielnice pentru a funcționa adecvat și a rămâne rezilient în fața adversităților aduse de trecerea anilor. Pentru mine, stilul de viață este expresia credințelor, a ideilor, a istoriei și a oportunităților pe care cineva le are și pe care le toarnă în viața de zi cu zi. Un stil de viață intențional este unul orientat spre scop, unul care vine din alegerea în deplină libertate a unor practici presupuse a promova și proteja individul pe parcursul creșterii în vârstă. În partea a III-a a cărții, tu vei găsi un fel de *„carte de bucate“* cu o mulțime de „rețete“ sau „tehnici“ orientate spre a îmbătrâni armonios, sănătos și împlinit, tehnici care sunt grupate în două secțiuni, în funcție de cele două mari întrebări pe care fiecare din noi ni le-am putea pune: *i) Ce să fac pentru sănătatea corpului meu? ii) Ce să fac pentru sănătatea minții mele?* Vei afla în fiecare din aceste secțiuni o serie de

metode și tehnici adaptate fiecărui domeniu, fizic și mintal și vei constata că unele din acestea îți sunt mai aproape, mai de înțeles și mai accesibile decât altele și, astfel, pe baza acestora, tu poți să-ți construiești „*un stil de viață intențional*“ sub forma unor cercuri concentrice. Pune în cercul din mijloc tehnicile care pe care le vrei integrate în rutina zilnică, pentru că ți se par apropiate de „filosofia“ ta privind propria bătrânețe, în cercul concentric următor pune alte tehnici pe care le vei practica ocazional, iar în cercul exterior vei avea doar acele tehnici care rămân doar ca o opțiune și la care vei apela atunci când este oportun și adecvat unor circumstanțe de viață. Astfel, cineva poate pune în cercul interior tehnici referitoare la nutriție, la cel din mijloc tehnici care se adresează controlului emoțional și păstrării memoriei, iar în cercul exterior metoda prin care să rămână legat de relațiile sociale pe care le are. Altcineva poate prioritiza tehnicile orientate spre activitatea fizică. Fiecare dintre noi poate avea propria constelație de tehnici care reflectă de fapt privirea „*caleidoscopică*“ despre felul cum poate fi interpretată și protejată bătrânețea. Cartea aceasta îți oferă prilejul să-ți aranjezi prioritățile și credințele într-un program personalizat care s-ar numit „*stilul tău de viață intențional*“ spre o bătrânețe frumoasă și de succes. În secțiunea a IV-a, o să vorbim despre „*Bătrânețea de succes*“ care este un concept internațional pe care eu l-am asimilat cu cel care sună mai bine în românește: „*bătrânețe fericită*“. Aici o să găsești multe alte ingrediente pentru a-ți alcătui stilul de viață propriu, felul cum viața ta se leagă de viața socială și ce ai putea să faci ca să te adaptezi la cerințele externe fără „costuri“, fără asperități și, astfel, să treci prin viață rămânând TU.

PARTEA A III-A
Ce e bine să facem ca să îmbătrânim frumos

1. Ce să fac pentru corpul meu

Dacă voi arăta bătrân,
voi fi tratat ca un bătrân.

Primele și cele mai directe măsuri pe care le putem lua pentru a îmbătrâni frumos se adresează corpului. În cele ce urmează voi prezenta argumentele care susțin această afirmație și apoi voi descrie pe larg măsurile pe care le recomand.

Noi suntem ființe cărora ni se promite de la tinerețe că suntem destinați să dobândim un statut de adult și abia așteptăm să-l avem, pentru ca mai târziu să ne simțim amenințați că-l pierdem. Problema aceasta este legată de modificările corpului de-a lungul vieții; dorim să avem un corp de adult, frumos și omnipotent, iar la bătrânețe, riscăm să-l pierdem. Narcisismul nostru riscă să se termine în nostalgia după ceea ce am avut și nu am putu să păstrăm. Constatăm că orgamismul ne trădează, ne destatutează și ne dizabilitează.

Oamenii sunt într-un anume fel prizonierii unui corp și a unei fizionomii care, de la o anumită vârstă, nu ne lasă să ne exprimăm în totalitate cine vrem să fim. Pentru acest motiv, ei au căutat mereu să dea un sens bătrâneții ca să dea un înțeles acestei trădări a corpului.

Prin corp, noi avem o prezență materială, suntem vizibili și tangibili pentru că, prin corpul nostru, participăm la orice acțiune materială practică, datorită corpului nostru avem o imagine și suntem cunoscuți. Tot datorită lui putem fi reprezentați, copiați și

fotografiați, iar înfățișarea noastră poate fi considerată originală, asemănătoare cu a altora sau copiată, ea poate fi exprimată în cuvinte sau în imagine. De aici vine și dorința noastră de a face și păstra fotografii, ale noastre și ale altora, și emoția de a le revedea odată cu trecerea timpului. Cele mai dese comentarii sunt felul cum arătam când eram de altă vârstă, cum s-au schimbat alții în aceeași perioadă de timp. Astfel, corpul este și o memorie, o nostalgie față de timpurile de altădată sau o aroganță față de timpul prezent.

Așa cum imaginea în general este rezultatul unui act de percepție și construcție prin care lumea are formă, așa și imaginea corpului nostru dă forma a ceea ce suntem. Imaginea aceasta ne dă și sentimentul transformării de-a lungul timpului, cum s-au transformat, s-au schimbat de-a lungul timpului imaginea noastră, fața și corpul nostru. Mai putem spune și că lumea este saturată de fizionomii și corpuri umane și încercăm ca, prin aspectul feței și al corpului nostru, să fim văzuți și identificați ca atare. Noi vrem să fim reprezentați de fața și corpul nostru, ele alcătuiesc fațada noastră, nu acceptăm o proastă reprezentare, avem grijă de fațada noastră, de ținuta și expresia ei. În spate noi putem fi autentici sau deghizați și astfel aspectul exterior poate fi o mască a ceea ce suntem de fapt. De exemplu, noi putem simți încărcătura subiectivă a anilor pe care i-am parcurs, dar vrem ca totuși corpul nostru să arate tânăr și dezinvolt.

Corpul este și premisa unei comparări și a unei competiții, a fi înalt sau scund, a fi potrivit pentru o întrecere pe care o anticipezi câștigată, a cuceri un partener/parteneră, a domina și a impune. Corpul nostru poate exprima stima de sine sau obediența, superioritatea sau supunerea, timiditatea sau emfaza, el contribuie hotărâtor la identitatea noastră socială.

Corpul conotează și sexualitatea, capacitatea de procreare, virilitatea, atractivitatea în dorința căutării partenerului potrivit. Asortarea partenerilor se face în majoritatea cazurilor în funcție de corporalitate, de fațadă, și aici se poate vorbi la fel de autenticitate și de deghizare.

De-a lungul ultimelor secole, putem constata mutarea accentului de la minte la corp. Dacă, în epoca romantică, mintea omului

era slăvită și venerată ca fiind depozitara înțelepciunii și a valorilor spirituale, mai târziu, epoca modernă și postmodernă aduce corpul în prim-plan în generarea identității unei persoane. Ca expresie a acestei schimbări, începând din anii ‘80 ai secolului trecut s-a lansat conceptul de „*stil de viață sănătos*“, care constă în creșterea oportunităților de petrecere a timpului liber și în creșterea interesului pentru biotehnologiile care facilitează longevitatea și o imagine corporală și facială mai tânără decât vârsta cronologică. Așa s-a modificat treptat viziunea asupra bătrâneții în sensul că bătrânețea este doar o mască, o deghizare a persoanei, care poate rămâne în spate esențialmente tânără, lucru care a atras atenția gerontologiei, știința bătrâneții, asupra corpului ca receptacol al bătrâneții. Astfel, gerontologia de astăzi evidențiază posibila tensiune care există între aparența externă a corpului și feței, pe de-o parte, și experiența subiectivă a persoanei și identitatea acesteia, pe de altă parte. Persoana din spatele imaginii corporale poate avea resurse care să justifice o altă ipostază cronologică și care să prezinte posibilități care să contrazică ideea că bătrânețea este un declin al persoanei. În felul acesta, s-a creat apropierea dintre individ și noi tehnologii care modifică aparența dată de corp și față și, astfel, să le aducă în concordanță cu persoana din spatele lor. Aceste tehnologii promit un corp care altădată părea „utopic“.

În contextul dezvoltării biotehnologiilor antibătrânețe, au apărut persoane care „*plutesc pe valurile vârstelor*“, fac un fel de „*surf*“ pe crestele valurilor vârstelor și astfel nu sunt luate de valuri, ci rămân deasupra lor. Aceștia sunt numiți astăzi „*surferii cu părul argintiu*“, ei sunt cei care folosesc toate metodele bio-medicale disponibile pentru a modifica infrastructura materială a corpului și a arăta mereu tineri. Ei sunt mărturia vie că organismul poate fi reșapat, refăcut, remediat cu ajutorul acestor biotehnologii. Folosirea dietelor, a exercițiilor fizice speciale, a suplimentelor alimentare și vitaminelor, a chirurgiei estetice, abordarea unui stil special de viață contribuie la crearea unei noi identități la vârstă înaintată sau chiar mai devreme. Aceasta rezonează cu o continuă reconstrucție a selfului și a narațiunilor care-l susțin.

Societatea de astăzi, postmodernă, clamează centralitatea corpului în construcția imaginii bătrâneții, a identității bătrâneții, a procesului *„vârstei resimțite“*, a stereotipiilor față de vârstă despre care am vorbit în partea a II-a a cărții. De aici au pornit mijloacele antibătrânețe, mijloacele reparative precum chirurgia estetică, cosmetică, fitness-ul. Se creează posibilitatea de reîncorporare a bătrâneții într-un alt corp fizic, persoana rămânând aceeași. Post-modernismul vrea să țină bătrânețea la o vârstă fără ani, pretinde că noi putem crește capitalul simbolic al corpului de a intra în relații cu alții și a ne da o altă identitate socială deasupra vârstei biologice.

Toată această discuție despre importanța corpului și a feței în determinarea identității este importantă pentru a înțelege valoarea manipulării lor în vederea unei reșapări juvenile a aspectului general fizic al individului.

Freud spunea: *„Când întâlnim o ființă umană, prima distincție pe care o facem este dacă persoana este bărbat sau femeie“*, ceea ce arată că imaginea sexualității primează în întâlnirea interumană, de unde importanța corpului ca ecran al apartenenței la un gen și la competență sexuală. Doar mai apoi vine distincția dintre tânăr sau bătrân. Femeile se pregătesc de la vârste foarte fragede să fie privite, să atragă atenția, să fie plăcute, iubite, ele împlinesc astfel un destin mai mult biologic decât social legat de reproducerea speciei umane. Înfățișarea femeii, corpul și fața ei sunt esențiale determinante pentru împlinirea acestui destin. Imaginea lor este puternic legată de stima de sine și de valoarea ca persoană. Imaginea fizică contribuie atât la statutul romantic și marital, cât și la cel public și profesional. Femeile nu sunt străine de aserțiunea: *„Este mai ușor să răzbești în viață dacă ești frumoasă“*. Astfel, corporalitatea devine ținta unor dorințe, aspirații sau decepții legate de cât de bine sau rău poate fi manipulat pentru ca persoana să fie reîmputernicită ca fiind încă tânără. Aici se găsesc motivele pentru care tehnologiile antibătrânețe se adresează mai ales femeilor.

Tot Freud spunea că femeile în vârstă riscă cel mai mult să-și piardă rolul *„erotic“* pentru că, odată cu creșterea în vârstă, femeia

este percepută de bărbați mai întâi ca mamă și apoi ca bunică, iar atractivitatea lor în fața acestora scade. În schimb, imaginea sexualității bărbatului în vârstă este mai puțin importantă, pentru că bătrânețea nu pune în discuție hegemonia masculină, dominanța, rolul domestic și social, experiența și statutul economic.

Problema vârstelor și construcția lor socială, prioritatea corpului în a determina cine este tânăr și cine este bătrân, se reflectă în „*marketizarea vârstelor*“. Peste tot în lume vedem haine în funcție de vârstă, vehicule destinate diferitelor vârste, case și cartiere așijderea, turism și modalități de petrecere a timpului liber destinate diferitelor vârste și toate fac ca cineva să vrea să zăbovească cât mai mult în zonele pentru vârste tinere sau să împrumute însemnele marketizate ale tinereții pentru a „înșela“ timpul. Însăși biogerontologia și tehnologiile antibătrânețe sunt o expresie a marketizarii vârstelor. Și astfel lumea tinde să se polarizeze în „*eroi ai vârstei*“, cei care se adaptează pozitiv și au tendința și motivația să rămână tineri, ei sunt „*clienții*“ tehnologiilor și instituțiilor ce proclamă reîntinerirea sau reșaparea imaginii corporale și indivizii care se „*predau*“ vârstei, care acceptă schimbările lente ale bătrâneții și caută să se acomodeze cu ele, găsind un înțeles „s*piritual*“, „*non-corporal*“ vârstei.

În concluzie, se poate spune că astăzi corpul uman este perceput atât ca „actor“ social, el fiind văzut în spațiul social, cât și ca „agent“ social, caz în care corpul ne reprezintă în acțiuni și relații sociale intenționale, receptacolul în care selful este încorporat. Această preocupare față de corp a făcut ca societatea de astăzi să fie numită „*societate somatică*“ (*soma* este un termen vechi, luat din limba sankrită și care definește corpul). Așa se explică deschiderea din ce în ce mai largă pentru discuțiile despre apetit, rețete culinare, dietă, greutate, siluetă, celulită, fitness, bodybuilding, hormoni, vitamine, minerale, suplimente, îngrijirea pielii corpului și a feței, chirurgie estetică etc.

În acest capitol, o să prezint câteva dintre mijloacele și tehnicile antibătrânețe care se adresează corpului și pe care le recomand cu căldură. De la început trebuie să spun că eficacitatea lor

este evidentă doar dacă sunt incorporate în viața de toate zilele, ele nu pot fi considerate ca un program de o anumite durată, ci doar ca o „rețetă“ de viață care poate fi aplicată de la o vârstă la care vrem să prevenim îmbătrânirea, să o întârziem și chiar să o combatem atunci când a venit fără voia noastră. Toate aceste mijloace și tehnici pe care le prezint mai jos au izvorât din teoriile biologice ale bătrâneții, sunt susținute de experimente științifice și de practici controlate riguros.

1.1. RESTRICȚIA CALORICĂ

Trăim într-o lume în continuă creștere a longevității! Dacă în 1900 în țările vestice durata estimată a vieţii era de 50 de ani, în 2000 durata estimată a vieţii era de 78 de ani și continuă să crească cu două luni pe an. Numărul oamenilor cu vârsta peste 100 de ani se dublează la fiecare 10 ani și aceasta se întâmplă în vremurile când obezitatea a devenit „epidemică“, tocmai obezitatea care se crede că este unul dintre factorii cei mai importanți de scurtare a vieții. Ce se petrece? Mulți cred că fenomenul de creștere a duratei medii de viață va suferi în curând o limitare tocmai datorită felului de alimentație a oamenilor de astăzi, o dietă care conţine mult mai multă energie decât poate fi consumată.

Am început acest capitol despre îngrijirea corpului la bătrânețe tocmai cu metoda de restricţie a caloriilor ingerate pentru că, dintre toate metodele și tehnicile utilizate pentru a prelungi viața și a avea o bătrânețe „sănătoasă“, această metodă s-a dovedit a fi cu adevărat eficientă.

Atunci când mâncăm și ingerăm diferite alimente, noi introducem în corp o serie de substanțe de origine vegetală și/sau animală care ne aduc principiile nutritive pe baza cărora ne păstrăm în viață. Aceste alimente ne mai aduc energia de care avem imperios nevoie ca să trăim, energie care se eliberează prin procesul de ardere/metabolizare a acestora la nivelul fiecărei celule a organismului. Această energie o măsurăm în calorii pentru că ea eliberează

căldură în procesul de ardere a ei. Putem spune pe drept cuvânt că fiecare principiu alimentar precum zaharurile, grăsimile sau proteinele din alimente ne aduc o anumită cantitate de energie pe unitatea de greutate. De exemplu, un gram de zahăr ne aduce aproximativ 4 calorii, un gram de alcool ne aduce 7 calorii, iar unul de grăsimi 9 calorii. Putem evalua cantitatea de energie a alimentelor și în alt mod, de exemplu, numărul de calorii aduse de un aliment din hrana noastră obișnuită, luând în considerare proporția principiilor alimentare componente. Astfel, putem considera că o cană de lapte integral ne furnizează 150 de calorii, 100 grame de telemea ne aduce 80 de calorii, o cupă de înghețată conține 240 de calorii, iar un ou în jur 15 calorii. Aceste valori sunt orientative și depind în mare parte de conținutul în grăsimi al laptelui, de conținutul de zahăr din ingredientele de bază ale înghețatei sau de proporția de proteine și grăsimi din oul respectiv.

Odată alimentele ingerate, ele sunt digerate și transformate în substanțe care pot străbate peretele tubului digestiv și astfel să ajungă în sânge. Mare parte dintre ele sunt transformate și în ficat, „bucătăria" organismului nostru. Apoi ele sunt transportate în tot corpul, contribuind la construcția și reconstrucția țesuturilor corpului și la furnizarea de energie necesară menținerii vieții. În cea mai mare parte, energia necesară organismului se obține prin arderea glucidelor la nivelul celulelor, adică a zaharurilor sau carbo-hidraților. Dacă aportul de alimente și implicit de energie este mai mare decât este nevoie, ea se va depozita în rezervorul de energie a organismului care este țesutul grăsos. Dacă aportul de energie este mai mic decât este necesar, respectiv dacă nivelul de glucoză din organism este sub cel necesar, atunci organismul va căuta să compenseze nevoia de energie prin arderea componentelor structurale ale organismului precum proteinele și, astfel, organismul își va pierde din masa lui și va arăta din ce în ce mai slab. De fapt, aceste procese sunt mult mai complicate, dar, pentru a înțelege ce este „restricția calorică", avem nevoie doar de această schemă simplistă dintre cantitatea de energie ingerată și cantitatea necesară pentru a trăi și efectua activitatea zilnică.

Ce este restricția caloriilor

Reducerea caloriilor este o tehnică, o dietă, utilizată pentru a „*reduce nutriția fără a face malnutriție*". Ea presupune reducerea caloriilor ingerate cu 20-30%, fără ca nutrimentele, adică substanțele necesare menținerii structurii corpului, vitaminele și alte substanțe necesare pentru viață, să sufere modificări. S-a constatat în mod indubitabil că această metodă este una dintre puținele metode cunoscute care pot conduce la creșterea semnificativă a longevității ființelor vii, fie că sunt ființe vertebrate sau nu, mamifere sau organisme mai simple.

Povestea restricției calorice și a efectului său asupra lungimii vieții începe cu câteva secole înainte. În secolul al XVI-lea, nobilul venețian Luigi Cornaro publica, la vârsta de 83 de ani, o carte intitulată *Discurs asupra unei vieți temperate*. În această carte, el povestește cum, la vârsta de 35 de ani, după ani buni de excese culinare și de tot felul, s-a îngrășat foarte mult și starea lui de sănătate s-a deteriorat. Atunci a luat hotărârea să se adreseze medicului său care i-a recomandat să mănânce mai puțin. Astfel, el s-a supus singur unui regim restrictiv care conținea cam 350 de grame de alimente (pâine, ouă, carne, supă) și 400 mL de vin zilnic. În consecință, el a început să slăbească mult, starea lui de sănătate s-a îmbunătățit simțitor și a trăit până la vârsta de 102 ani, ceea ce era o vârstă extraordinar de mare într-o epocă în care speranța de viață nu depășea 45 de ani. Cartea lui s-a răspândit în epoca Renașterii în diferite țări cu subtitlul *Metoda de a-ți prelungi viața trăind sobru și cumpătat*. De fapt, ceea ce s-a reținut din cartea lui Cornaro nu a fost dieta hipocalorică, ci dieta cumpătată care a fost preluată de-a lungul secolelor de „*igieniști*", promotorii unei concepții prin care o viață „igienică", cumpătată, fără excese de niciun fel, poate asigura o bătrânețe senină și fără boli; prelungirea vieții nu era un aspect care să fie subliniat în mod expres de igieniști.

În anul 1935, Clive McCay și colegii lui de la Cornell University au descoperit că rozătoarele hrănite cu o dietă cu mai puține calorii,

atât cât trebuia ca să-și mențină greutatea, trăiau considerabil mai mult decât cele care primeau mai multe calorii. Aceste rezultate au fost ignorate până acum câteva decenii când, brusc, interesul față de restricția calorică și efectele de prelungire a vieții au căpătat un interes extraordinar. Totuși, oamenii sunt încă sub imperiul boom-ului alimentar, alimentația fiind modul cel mai accesibil de „gratificare“, iar pentru unii din noi, modul de combatere a emoțiilor negative. Peste tot apar magazine pline cu feluri de mâncare, canale TV speciale cu rețete culinare, reclame cu noi sorturi de alimente; putem spune că oamenii sunt scufundați într-o baie de seducție culinară. În lumea modernă, apetitul pentru mâncare este cultivat social, bunăstarea se confundă de multe ori cu cât de mult sau cât de des îți permiți să mănânci. Mai mult, creierul omului este tentat și învățat să mănânce. În acest context, nu este de mirare că rezultatele lui McCay au fost trecute cu vederea și doar târziu oamenii de știință au reprodus studiul acesta și au constatat că dieta de reducere a caloriilor încetinește îmbătrânirea și prelungește viața și la alte animale precum hamsteri, câini, nevertebrate precum fluturi, viermi. Mai departe aceste experiențe s-au extins și la maimuțe, studii care au confirmat încă o dată acțiunea restricției calorice asupra prelungirii vieții.

Studiul care a tranșat definitiv influența restricției alimentare asupra bătrâneții și a bolilor legate de bătrânețe a fost cel al echipei lui Ricki Coleman de la Wisconsin National Primate Research Center din SUA. În 1989, ei au inițiat o cercetare asupra influenței restricției calorice asupra maimuțelor Rhesus, cercetare care s-a întins pe 20 de ani. Rhesus trăiește în captivitate în medie 25 de ani cu un maxim de 40 de ani. Cercetătorii au luat două loturi de Rhesus, un lot a fost supus la o restricție moderată de calorii, iar animalele din lotul celalalt au putut să mănânce cât au vrut. După 20 de ani, s-a constatat că 80% dintre maimuțele din lotul cu restricție calorică au supraviețuit, pe când în lotul de control doar 50% au supraviețuit. Mai mult, în lotul cu restricție calorică s-au constatat mai puține boli asociate cu bătrânețea, în mod specific a scăzut rata diabetului, a cancerului, a bolilor cardiovasculare și

a atrofiei cerebrale. Maimuțele Rhesus bătrâne care au fost supuse la restricțiile de calorii au avut și un sistem imunitar comparabil cu maimuțele tinere. Această ultimă constatare poate fi o altă explicație a creșterii longevității la animalele supuse unei restricții alimentare de calorii.

O altă echipă de cercetători de la Universitatea din Texas, Centrul de cercetări pentru sănătate de la San Antonio, a făcut o experiență cu un grup de hamsteri. Aceste rozătoare, atunci când au acces la o roată care se învârtește, aleargă în medie 1000 m pe zi până la vârsta de 8 luni, când încep treptat să reducă la 200 m/zi. Hamsterii care au primit o dietă redusă în calorii aleargă 4-5000 m/zi până la vârsta de un an, când încep să reducă treptat ajungând să alerge 1000 m/zi la vârsta de 3 ani. Aceasta este o altă experiență care a arătat efectele benefice ale reducerii caloriilor ingerate.

Studiile pe oameni au întârziat mult să apară din cauza unor considerente de etică medicală precum găsirea de subiecți care să accepte un regim restrictiv de calorii pentru o perioadă lungă de timp care presupune slăbire în greutate, scăderea forței fizice și alte posibile inconveniente care pot întoarce participanții la studii împotriva cercetătorilor cu solicitare de despăgubiri sau alte reparații pentru daunele produse. De aceea, multe dintre studiile făcute pe voluntari au cuprins persoane supraponderale, care oricum doreau o dietă hipocalorică din credința că astfel vor pierde din greutate. Dar cea mai mare piedică a fost una de ordin politic. Într-un fel, a fost aceeași situație ca și cu întârzierea producției unui automobil cu consum redus de benzină, deși în sertarele proiectanților existau astfel de autovehicule. Apariția de vehicule economice ar fi scăzut consumul și deci producția de combustibil fosil și, astfel, s-ar fi redus drastic beneficiile companiilor petroliere și ale statului în mod indirect. În cazul nostru, dacă astfel de experimente ar fi generat opinia largă că reducerea de calorii duce la creșterea duratei vieții, aceasta ar fi redus consumul și implicit cererea de alimente și ar fi avut un impact negativ asupra pieții și așa suprasaturate de produse alimentare.

Se pune întrebarea: care ar fi fost totuși efectul restricției calorice dacă oamenii ar fi urmat o astfel de dietă? Unii cercetători s-au

distrat extrapolând datele de la animalele de laborator la oameni. Astfel, dacă Albert Einstein ar fi început o dietă cu restricție calorică de 20% de la vârsta de 25 de ani, el ar fi trăit mai mult cu 5 ani. Dacă ar fi ținut o dietă cu restricție calorică de 30% începând de la 60 de ani, ar fi trăit mai mult doar cu 2 luni, dar această extrapolare nu a luat în considerare efectul benefic pe care această reducere a aportului de calorii îl are asupra bolilor asociate cu bătrânețea.

Unul dintre primele studii de restricție calorică pe voluntarii fără probleme de greutate a fost făcut în 1957 de Vallejo, Spania. Acest studiu a cuprins 120 de participanți dintre care 60 au primit timp de trei ani 1.500 kcal, în timp ce alți 60 au mâncat cât au vrut. Rezultatele au fost analizate 10 ani mai târziu și s-a văzut că rata mortalității a fost redusă în grupul cu restricție calorică la fel ca și rata spitalizărilor pentru diferite afecțiuni, care a fost cu 50% mai redusă decât la cei care au avut liber la mâncare. Un studiu făcut doar cu câțiva ani în urmă, condus de Institutul Național al Bătrâneții din Statele Unite și care a cuprins trei universități americane a avut ca lot de studiu 150 de voluntari de greutate normală care au fost urmăriți 2 ani. Studiul acesta s-a numit CALERIE, după abrevierea denumirii *Comprehensive Assessment of the Long-term Effect of Reducing Intake of Energy*, și a demonstrat efectele benefice ale restricției calorice asupra metabolismului glucozei și al energiei în general, asupra controlului temperaturii corpului și al rezistenței la temperaturi ridicate, asupra concentrației grăsimilor în sânge, a capacității de a face exerciții fizice aerobice și asupra riscului de diabet și ateroscleroză. În plus, studiul a arătat că nu există niciun risc asupra sănătății oamenilor care țin astfel de diete, că nu există riscul dezvoltării unei tulburări de tip anorexic (pierderea poftei de mâncare și tendința de a slabi excesiv), de scădere a calității vieții, de apariție a simptomelor de tip depresiv și de diminuare a capacității cognitive.

Un experiment natural a fost cel făcut asupra populației din insula japoneza Okinawa, populație recunoscută prin numărul mare de bătrâni cu vârsta peste 100 ani. Analiza structurii calorice a alimentației populației de pe această insulă a arătat că dieta

copiilor conține doar 62% dintre caloriile conținute în dieta folosită în întreaga Japonie, iar adulții consumă cu 20% mai puține calorii ca în restul Japoniei; în schimb, rata bolilor cerebrovasculare a fost de 59% din cea națională, iar la cancere de doar 69% din rata națională.

S-a mai constatat în experimente făcute pe voluntarii de diferite vârste, dar pe perioade nu mai lungi de șase ani, că la cei care consumă mai puține calorii există aceleași modificări fiziologice, hematologice și hormonale identice cu cele constatate în studiile de reducere calorică la animale de experiență, precum reducerea lipidelor circulante, reducerea nivelului de insulină și glucoză, scăderea presiunii sangvine. Creșterea activității fizice a fost asociată cu unele trăsături care se văd la restricția calorică precum îmbunătățirea sensibilității țesuturilor la insulină, descreșterea masei grăsoare și reducerea incidenței tumorilor.

Se pune întrebarea cum acționează restricția calorică asupra prelungirii longevității și scade incidența bolilor legate de bătrânețe? Deși studiile despre efectul restricțiilor calorice au căpătat un entuziasm molipsitor, cauzele acestui mecanism sunt încă în dezbatere. Au fost propuse mai multe mecanisme explicative dintre care menționez: întârzierea procesului de maturare celulară, reducerea volumului de lipide al organismului, reducerea ratei metabolismului, descreșterea temperaturii corpului, creșterea activității fizice, atenuarea stresului oxidativ, reducerea procesului de glicare, creșterea sensibilității la insulină sau apariția adaptării „hormetice“, lucruri ce vor fi explicate mai jos. Toate aceste mecanisme incriminate nu sunt mutual exclusive și pot acționa împreună, fiecare dintre ele în proporții diferite. De fapt, aceste mecanisme sunt și cele evocate la teoriile biologice ale îmbătrânirii.

Reducerea „stresului oxidativ“ este mecanismul cel mai des întâlnit în explicarea mecanismului de acțiune a restricției calorice. Această teorie este susținută de următoarele observații: i) durata vieții este în legătură directă cu rata metabolismului și cu cantitatea de reacții oxidative din organism; ii) activarea mecanismelor de apărare împotriva enzimelor oxidative întârzie bătrânețea și

extinde durata vieții; iii) restricția calorică reduce reacțiile oxidative prin însăși reducerea materialului care trebuie metabolizat prin reacții oxidative. Eliberarea de energie prin procesele metabolice sunt reacții aerobice de oxidare cu eliberarea de radicali liberi cu putere oxidativă. Procesele oxidative prin care se eliberează energie în organism produc și pagube prin eliberarea de radicali acizi liberi care afectează structura AND-ului, a membranelor celulare și a mitocondriei, formațiune intracelulară considerată bucătăria celulei. S-a observat că restricția caloriilor poate întârzia și chiar împiedica distrucțiile provocate de procesele oxidative în organism. În mod normal, există o balanță între procesele oxidative și pagubele produse de ele și mecanismele de reparare a acestora, iar în cazul în care există un aport crescut de alimente care trebuie metabolizate oxidativ, această balanță se dezechilibrează. Se consideră că lungimea vieții este dată de extinderea acestor pagube produse în structura proteinelor și a ADN-ului.

Un alt mecanism invocat este cel al reprogramării metabolice cu reducerea ratei metabolismului. Rata metabolismului se exprimă prin cantitatea de energie/calorii pe kg de masă corporală. Restricția calorică mai reduce efectul termic al alimentelor, ca expresie a reducerii mărimii metabolismului în general. Aceasta se face atât prin modificarea transcripției mesajelor genetice, cât și prin mecanisme hormonale (de exemplu, creșterea sensibilității la glucoză), reducerea stresului oxidativ, modificări ale mecanismului de mobilizare a energiei din depozitele organismului și prin modificări ale algoritmului biochimic de producere a energiei la nivelul mitocondriei. Organismul se adaptează la o alimentație scăzută în calorii prin acest mecanism de reducere a ratei metabolismului și prin reducerea țesutului adipos care face ca să se reducă masa corporală și nevoile energetice ale organismului în general.

Se cunoaște că energia necesară organismului este în cea mai mare parte generată de arderea glucozei la nivelul celulei. Pentru ca glucoza să ajungă în celulă și să devină parte a procesului de metabolism, ea trebuie să intre în interiorul celulei ca apoi să se inițieze procesul de descompunere oxidativă a ei. Insulina este hormonul

de care depinde capacitatea celulei de a utiliza glucoză. În lipsa lui, glucoza rămâne în sânge, incapabilă de a penetra peretele celular. Din cauza regimului bogat în glucide, a obezității consecutive și a reducerii efortului fizic, organismele dezvoltă rezistență la insulină, adică le sunt necesare cantități mai mari de insulină pentru a face ca glucoza să poată fi utilizată de celule. Acest proces se numește rezistență la insulină. Creșterea rezistenței la insulină face ca nivelul glucozei și cel al insulinei din sânge să fie mai mari decât în mod normal, nivele care sunt toxice pentru celule. Această toxicitate se reflectă în distrugeri celulare, împiedicarea transcripției mesajului genetic pe organele efectoare, împiedicarea diviziunii celulare, favorizarea inflamației, a diabetului și a aterosclerozei. Ei bine, restricția calorică este o metodă foarte eficientă de a reduce rezistența la insulină, adică de a aduce sensibilitatea celulelor la insulină la nivel normal. Astfel, organismul are nevoie de un aport de glucoză mai mic, poate să utilizeze glucoza la concentrații sangvine mai mici și are nevoie de nivele mai reduse de insulină, deci de un efort pancreatic mai mic. S-a dovedit în mod cert că îmbunătățirea sensibilității la insulină este un mecanism direct legat de prelungirea vieții la animalele de laborator.

Tot legat de aportul crescut de glucide din alimentație și efectele toxice ale lui este și procesul de glicare. În mod normal, produsele absorbite din tractul digestiv, pentru a fi parte la procesul metabolic, sunt transportate în sânge legate de diferite proteine transportoare, iar nivelul acestora este controlat enzimatic ca parte a mecanismului general de homeostazie. La fel se întâmplă și cu zaharurile simple, precum glucoza, fructoza, lactoza și altele care apar în sânge după digestia carbohidraților din alimente. Dar o parte dintre aceste glucide din sânge sunt legate simplu de proteine și transportate în sânge fără ca procesul să fie controlat enzimatic și, astfel, scapă de sub reglajul fin al controlului metabolic, proces care se numește glicare. Glicarea facilitează transportul mai multor glucide, dincolo de necesitățile controlate ale organismului, nivele care sunt toxice și care duc la modificări structurale ale proteinelor și ale ADN-ului. Acest proces de glicare se constituie într-una

dintre cauzele majore ale complicațiilor date de diabet. Studiile biochimice controlate au arătat că restricţia calorică reduce procesul de glicare și, astfel, distrugerile celulare consecutive.

S-a mai constatat că restricţia calorică conduce la procesul de hormesis. Procesul de hormesis se referă la un fenomen în care răspunsul organismului diferă calitativ în funcţie de intensitatea unui agent fizic sau chimic. De exemplu, organismul poate fi expus la un agent cancerigen în doze mari și va genera mai devreme sau mai târziu cancer, dar, dacă este expus la doze mici, organismul va dezvolta o rezistență. Așa se întâmplă și în condițiile reducerii caloriilor. Se consideră că reducerea moderată a caloriilor ingerate este un stres de intensitate mică față de care organismul va genera mijloace de adaptare care sunt benefice, precum reducerea ratei metabolismului, a volumului de țesut adipos, a sensibilității la insulină etc., fenomene care împreună protejează organismul de boli și conduce la prelungirea vieţii. Deci restricţia de calorii inițiază un proces de hormesis.

Alte mecanisme care explică modificările benefice ale restricţiei calorice ar fi: i) modificarea raportului volumetric între diferitele țesuturi ale organismului prin scăderea volumului țesutului adipos cu creșterea consecutivă a sensibilității la insulină; ii) creșterea titrului de hormoni glucocorticoizi din sânge, hormoni produși de glanda suprarenală cu rol în metabolismul glucidelor și mai ales în caz de stres; acești hormoni mobilizează glucoza din depozite și o face utilizabilă de către țesuturi în caz de nevoie precum în stres; iii) favorizează transcripţia mesajului genetic purtat de ADN la sistemele efectoare; iv) crește abilitatea organismului de a rezista la temperaturi ridicate; v) întârzierea maturării sexuale atunci când restricţia calorică este inițiată din tinerețe, întârziere care s-a dovedit corelată cu prelungirea vieţii; vi) reducerea riscului cardio-vascular dat de procesul de ateroscleroză, proces care ține de depunerea de țesut adipos în interiorul pereţilor vaselor de sânge, depunere care ulterior conduce la fibrozarea pereţilor vasculari, la reducerea elasticității lor cu micșorarea diametrului vaselor, la scăderea debitului sangvin ce ajunge la organe, reducerea

capacității de adaptare a acestui debit în funcție de necesitățile de moment, creșterea presiunii arteriale, modificări ale coagulării sângelui cu favorizarea apariției fenomenelor trombotice și de ruptură a pereților vasculari. Se mai știe că depunerea de grăsimi în peretele vascular este consecutivă unor procese inflamatorii ale membranei interne vasculare, procese inflamatorii cauzate de concentrația mare de radicali liberi și de modificarea raportului dintre colesterolul legat de lipoproteinele cu densitate scazută, numit și „colesterolul rău“, și colesterolul legat de lipoproteinele cu densitate crescută, adică „colesterolul bun“. Astfel, s-a văzut că scăderea greutății corporale, consecutive reducerii calorice, conduce la creșterea colesterolului bun, la scăderea nivelului de noradrenalină din sânge și la scăderea tensiunii arteriale.

Metoda restricției calorice nu presupune o anumită dietă, respectiv o anumită structură alimentară, ci doar o reducerea a caloriilor ingerate zilnic cu 20-25% față de o normă calorică care este dată de înălțimea, greutatea și sexul subiectului. Calculul restricției calorice se face față de norma ideală a unui consum caloric și nu față de câte calorii este individul obișnuit să ingereze. Mai trebuie neapărat să amintesc că această restricție calorică este cu atât mai eficientă cu cât este adoptată mai devreme în viață și este cu atât mai ineficientă cu cât este adoptată mai târziu în viață. La fel, este bine de știut că scopul restricției calorice este atât prelungirea anilor presupus a fi trăiți, cât și reducerea factorilor de risc pentru sănătate și a afecțiunilor legate de vârstă precum bolile cardio-vasculare, bolile vasculo-cerebrale, obezitate, diabet, cancere sau tulburări demențiale de tip Alzheimer. Astfel, s-a constatat că o reducere cu 20% a caloriilor ingerate timp de 2-6 ani are efecte decelabile asupra longevității și stării de sănătate la orice vârstă ar fi adoptată, iar o reducere de 25% adoptată la vârsta medie prelungește viața cu aproximativ 5 ani și reduce semnificativ bolile legate de vârstă. În mare, dacă lăsăm de-o parte efectul asupra longevității, restricția calorică are efecte pozitive la orice vârstă ar fi adoptată pentru că reduce riscul cardio-vascular, reduce incidența diabetului, a hipertensiunii arteriale, reduce nivelul

plasmatic al colesterolului, reduce și redistribuie țesutul adipos și reduce greutatea corporală. În felul acesta, se poate înțelege de ce restricția calorică este o metodă recomandabilă la orice vârstă.

Cum se inițiază metoda de restricția calorică? În primul rând, trebuie să ne gândim dacă suntem gata să adoptăm această metodă sau nu, mulți oameni încep această metodă, dar o abandonează după ceva timp, pentru ca mai apoi să o reia și iarăși să o abandoneze după un timp. Aici este vorba de motivație și de setarea unui scop tangibil.

Orice metodă care se adresează prevenirii îmbătrânirii și a bolilor contigente ei este o metodă care presupune o schimbare în obișnuințele zilnice, în rutinele construite în ani buni, obiceiuri a căror schimbare poate aduce inconveniente de ordin subiectiv, precum o stare de nemulțumire, de neplăcere și frustrare. Doar o balanță între ce se pierde și ce se câștigă poate face pe cineva să pornească la drum cu determinare pentru a face o schimbare. Pe plan motivațional, această schimbare se face prin trecerea de la o etapă de contemplare a unei metode, la etapa de inițiere a acesteia și apoi la cea de menținerea a ei în ciuda unor tendințe de întoarcere la vechea stare. Așa că celor care vor să adopte această metodă le spun că vor trece prin aceste etape, precum etapa de precontemplare, când au aflat de metoda reducerii calorice și beneficiile ei, cea de contemplare, când se gândesc dacă ar fi bine să o adopte, cea de acțiune, când se vor apuca de ea, și apoi etapa de menținere, când vor ține de ea „cu dinții" în ciuda unei voci interioare, seducătoare, mieroase, care le spune să o abandoneze.

Pentru a trece cu bine prin filiera acestor etape de creștere motivaționale este necesar să se seteze un scop tangibil, adică să se răspundă la întrebarea: „*Care ar fi scopul meu dacă adopt metoda restricției calorice și este acest scop la îndemâna mea*?" Sunt sigur că mai sunt și alte întrebări precum: „*Sunt eu destul de tânăr ca să mai sper că, dacă reduc caloriile de acum încolo, metoda îmi va aduce o prelungire semnificativă a vieții?*" sau „*Sunt oare prea bătrân să încep metoda de restricție calorică, ce presupune privațiuni alimentare, ca să mai aștept o prelungire semnificativă*

a vieții?". Trebuie să spun că cercetări științifice riguroase au arătat că metoda restricției calorice prezintă beneficii semnificative începută la orice vârstă. Dacă se începe de la vârsta medie, prelungirea semnificativă a vieții este mai mult ca sigură, iar dacă se începe la bătrânețe, ceea ce se obține este o reducere semnificativă a riscurilor pentru sănătate și a bolilor care însoțesc bătrânețea.

Mai apoi se poate pune întrebarea: *„Sunt eu capabil să reduc caloriile ingerate în proporție de 20-25%, nu reprezintă acest nivel un pericol pentru sănătatea mea?"* sau *„Pot să fac această reducere calorică într-o proporție mai mică*?" Trebuie să-ți răspund că această tehnică se mai numește și *„restricție calorică fără malnutriție*" pentru că se face doar reducând caloriile , dar păstrând nutrimentele, adică principiile alimentare, vitaminele, mineralele și alte substanțe din alimente necesare pentru a menține organismul în bune condiții. Trebuie să-ți mai spun că experimente științifice controlate au arătat că o reducere cu 20% până la 40 % a caloriilor ingerate nu reprezintă un pericol pentru un organism sănătos cu condiția ca nutrimentele necesare pentru viață să fie păstrate. Apoi, nu se poate obține rezultatul așteptat, respectiv prelungirea vieții, fără ca să existe acest stres metabolic energetic pentru organism, adică această reducere „drastică" care să impună o restructurare, o reprogramare metabolică cu scăderea ratei metabolismului, cu scăderea proceselor oxidative și redistribuirea volumelor tisulare ale organismului și cu creșterea sensibilității la insulină. Desigur că vor exista oameni care își vor seta scopul restricției calorice mai jos, adică vor fi de acord cu o reducere de doar 10-15% a caloriilor ingerate. După părerea mea, și aceștia vor face un lucru bun. Nu trebuie să se gândească că, dacă nu suntem în stare să reducem caloriile peste 20%, atunci să renunțăm la metodă. Și o reducere mai mică este benefică, dar cu condiția să fie permanentă, zilnică și de lung parcurs. Reducerile episodice ale caloriilor ingerate nu au nicio valoare în reducerea riscului pentru sănătate adus de creșterea în vârstă. Este ca și cum ai reduce consumul abuziv de alcool pentru o zi sau două. Dacă el rămâne ridicat în majoritatea zilelor, efectele nocive ale alcoolului sunt aceleași, organismul va reacționa la dozele

mari și le va neglija pe cele mici. O să mai folosesc o metaforă pentru a facilita înțelegerea acestei metode. O să fac analogia cu un automobil care are setată carburația la motor astfel încât consumă o cantitate mare de benzină la 100 km. Am putea spune că acest motor are un raport între benzină și aerul care intră în cilindri înclinat în favoarea benzinei. În acest caz, se spune că motorul funcţionează cu un amestec bogat care se aprinde pentru a da forță motorului respectiv. Ulterior, s-au construit motoare care generează aceeași forță, dar cu amestec mai sărac de benzină, am putea spune că aceste motoare folosesc o „restricție" de benzină și totuși ele au aceeași performanță în generarea puterii, au o uzură mai mică, o viață mai lungă și eliberează mai puține gaze toxice în atmosferă; în cazul nostru, organismul are mai puține procese oxidative și distrucții celulare, deci o uzură mai mică și o viață mai lungă în condițiile reducerii de calorii. Deci trebuie să alegem între ce dorim: o prelungire a vieții și o reducere a riscurilor pentru sănătate sau numai o reducere a riscurilor pentru sănătate aduse de creșterea în vârstă (obezitate, diabet, hipertensiune arterială, hipercolesterolemie etc.).

O altă întrebare posibilă este: „*Când calculez reducerea caloriilor, față de ce nivel fac acest calcul, față de consumul meu zilnic sau față de necesarul ideal, standard*?", cu alte cuvinte: „*Ce reduc, caloriile pe care le mănânc în mod obișnuit sau caloriile pe care ar fi trebuit să le mănânc în mod ideal*?". Aceasta este o bună întrebare, pentru că fiecare din noi are dieta lui specifică care se traduce într-un număr anume de calorii tipic ingerate într-o zi obișnuită.

În general, consumul caloric al organismului este dat de consumul necesar pentru funcționarea la nivel bazal, în repaus absolut, a organismului, care se numește și metabolism de repaus (MR), la care se adaugă consumul de energie în plus, care este consumată de activitatea fizică și intelectuală din fiecare zi. Consumul pentru metabolismul de repaus diferă de la individ la individ și depinde de vârstă, sex și înălțime. Consumul de energie suplimentară este dat de cantitatea de activitate fizică și intelectuală desfășurată și de compoziția organismului, respectiv de câtă masă musculară și de țesut adipos avem, mușchii consumând mult mai multă energie

decât țesutul adipos. În funcție de acești factori, există diferite formule de a calcula caloriile de care avem nevoie în fiecare zi, însă o formulă simplificată ține cont doar de greutatea organismului și de activitatea zilnică. Astfel, caloriile necesare pe zi se calculează simplificat după următoarea formula:

– greutatea corporală × 10 = necesarul caloric bazal;
– greutatea corporală × 13 = necesarul caloric în cazul unei vieți sedentare;
– greutatea corporală × 15 = necesarul caloric în cazul unei activități ușoare;
– greutatea corporală × 17 = necesarul caloric în cazul unei activități moderate;
– greutatea corporală × 20 = necesarul caloric în cazul unei activități grele, susținute.

Orientativ, se poate spune că o persoană de 68 kg, dacă ar merge pe jos, ar consuma 5 calorii/minut sau 300 de calorii/oră. Diversele grade de activitate fizică folosite în formula de mai sus pot fi similare cu mersul pe jos un anume timp, conform următorului tabel:

– prin activitate sedentară se înțelege: nicio activitate fizică sau statul la un birou sau masă doar pentru citit sau activități intelectuale simple;
– prin activitate fizică ușoară se înțelege o activitate corespunzătoare cu mersul pe jos timp de 2 ore pe zi;
– prin activitate fizică moderată se înțelege o activitate corespunzătoare cu mersul pe jos timp de 3 ore pe zi;
– prin activitate fizică activă se înțelege o activitate corespunzătoare cu mersul pe jos 4 ore pe zi.

Mult mai precisă este calcularea nevoii de consum energetic de repaus în funcție de înălțime, greutate și vârstă. Calculul caloriilor necesare în funcție de acești parametri se poate face după formula lui Mifflin-St. Jeor:

– necesarul pentru bărbați = **10 × greutatea + 6,25 × × înălțimea – 5 × vârsta + 5;**
– necesarul pentru femei = **10 × greutatea + 6,25 × × înălțimea – 5 × vârsta – 161.**

De exemplu, dacă ești bărbat și ai greutatea de 80 kg, o înălțime de 173 cm și vârsta de 60 de ani, necesarul tău caloric este de:

10 × 80 kg + 6,25 × 173 cm – 5 × 60 ani + 5 = <u>1 586 calorii</u>

Dacă ești femeie cu greutatea de 67 kg, înălțime de 169 cm și vârsta de 62 de ani, atunci necesarul tău caloric este de:

10 × 67 kg + 6,25 × 169 cm – 5 × 62 ani – 161 = <u>1 255 calorii</u>

După ce am calculat caloriile necesare pentru susținerea metabolismului de repaus, putem calcula și necesarul de calorii în funcție de activitate, folosind formulele de mai jos:

– MB × 1,200 = energie consumată pentru activitate sedentară;
– MB × 1,375 = energie consumată pentru o activitate ușoară;
– MB × 1,550 = energie consumată pentru o activitate moderată;
– MB × 1,750 = energie consumată pentru o activitate puternică;
– MB × 1,900 = energie consumată pentru o activitate foarte puternică.

Astfel se poate afla necesarul standard de calorii, nivelul ideal de care un individ are nevoie zilnic în funcție de metabolismul lui de repaus la care se mai adaugă energia consumată pentru activitatea în care este implicat.

Deși putem să ne încadrăm ușor în aceste norme urmând formulele de mai sus, noi mâncăm diferit de aceste norme, adică ingerăm calorii în mod independent de aceste norme în funcție de pofta de mâncare, felul de mâncare disponibil, obiceiuri alimentare legate de procurarea și gătitul mâncării, activități social-culturale (mese cu prietenii, chefuri, sărbătoriri diverse) etc. Am putea spune că fiecare dintre noi are obiceiuri alimentare care presupun o anumită cantitate și o anumită structură a alimentelor – carne, dulciuri, grăsimi, vegetale, fructe, rețetele obișnuite după care sunt preparate alimentele etc., obiceiuri care sunt etalate în funcție de orarul zilnic, precum micul dejun, masa de prânz și cea de seară sau de ziua săptămânii, zi lucrătoare sau zi de sărbătoare. Când mâncăm, nu ne gândim la cât ar trebui să mâncăm în funcție de consumul de

energie care trebuie acoperit, ci mai mult în funcție de plăcerile pe care ni le dă „mâncatul“ ca satisfacere atât a unei nevoi, cât și a unor emoții legate de senzația de foame și de satisfacerea ei.

În mod schematic se poate spune că senzația de foame și cea de sațietate sunt date de jocul a doi hormoni cu acțiuni opuse. Unul este „grelina“, care este hormonul foamei și este produs de anumite celule din stomac și intestine cu rol de a regla apetitul și utilizarea energiei. Când stomacul este plin, secreția acestui hormon se oprește și începe să crească secreția acidă a stomacului și să pornească mișcările tractului gastrointestinal care macină și amestecă mâncarea cu sucurile digestive cu scopul de a fi digerate. „Leptina“ este hormonul cu acțiune opusă, ea este hormonul sațietății, contribuind la oprirea senzației de foame și la generarea senzației de satisfacție cu mâncarea ingerată. Dar creierul nostru învăță din ceea ce facem și construiește obiceiuri și rutine la care se aliniază apoi hormonii care contribuie la menținerea constantelor corpului. Astfel, dacă mâncăm o cantitate mai mare de alimente mai mult timp din variate motive, creierul învață aceasta și senzorii de foame și sațietate se poziționează la alte nivele, astfel încât o persoană în astfel de condiții începe să aibă senzație de foame mai repede și senzație de sațietate la cantități mai mari de mâncare. Această persoană va crește în greutate și, dacă va dori să slăbească și va ține regim câteva zile, va constata că a slăbit puțin, dar imediat ce a trecut la o dietă normală organismul a ajuns la greutatea inițială. Aceasta se datorează „ponderostatului“, un mecanism prin care organismul caută să-și păstreze greutatea la care a stat mai mult timp. Datorită acestui ponderostat, care este similar cu un termostat în cazul menținerii temperaturii, atunci când vrem să slăbim, trebuie să ținem regim să ajungem la greutatea pe care am dorit-o și apoi să o ținem la acest nivel tot atât de mult timp cât am ținut greutatea anterioară de la care am vrut să slăbim. Acesta este timpul necesar ca să repoziționăm ponderostatul pentru o altă treaptă de greutate corporală. Aceasta se întâmplă tot datorită faptului că creierul nostru s-a învățat cu o anume greutate, cu o anume masă alimentară ingerata, cu o anume pofta de mâncare, cu un anume obicei alimentar.

Trebuie multă răbdare și tenacitate pentru a dezvăța creierul de stereotipurile vechi și apoi tot atât de multă răbdare și perseverență pentru a-l învăța altele noi, cele pe care vrem să le setăm.

Acum, după ce ai aflat câte calorii sunt ideale pentru a fi consumate de tine în funcție de greutate, înălțime, vârstă, sex și mai ales nivelul de activitate fizică, este normal să știi și câte calorii ingerezi, de fapt, pe zi și în felul acesta să cunoști cât de departe sau aproape ești față de norma teoretică. De fapt, acest lucru îl poți afla în mod empiric comparând greutatea pe care o ai cu greutatea ideală conform înălțimii și vârstei tale. Pentru calcularea greutății ideale cu care să-ți compari greutatea ta de astăzi, îți recomand formula lui Lorenz. Această formulă ia în calcul sexul, vârsta și înălțimea. Astfel, dacă ești bărbat, formula este următoarea:

înălțimea în cm – 100 – [(înălțime – 150)/4] +
+ [(vârsta – 20)/4]

de exemplu, dacă ești bărbat și ai, ca în exemplul de mai sus, o înălțime de 173 cm și vârsta de 60 de ani, atunci greutatea ta ideală va fi:

173 cm – 100 – [(173 cm – 150)/4] +
+ [60 ani – 20)/4] = <u>77,25 kg</u>

În cazul unei femei, formula lui Lorenz este:

înălțimea în cm – 100 – [(înălțime – 150)/2,5] +
+ [(vârsta – 20)/6]

Deci, conform exemplului de mai sus, dacă ai avea o înălțime de 169 cm și vârsta de 62 de ani, atunci greutatea ta ideală va fi conform acestei formule:

169 cm – 100 – [(169 cm – 150)/2,5] +
+ [(62 ani – 40)/6] = <u>65,06 kg</u>

Ei bine, trebuie să știi de la început că greutatea și vârsta ta sunt criteriile după care poți să răspunzi la întrebarea: „*Este bine ca eu să adopt această tehnică de restricție calorică?*“. Compararea

greutății ideale cu greutatea pe care tu o ai astăzi spune dacă ar trebuie să te gândești că restricția calorică este o metodă benefică pentru bătrânețea ta care o să vină sau care a venit deja.

Sunt aproape sigur că, după ce ai calculat greutatea ideală ai constatat că ai o greutate mai mare decât „normal". Asta înseamnă că ai ingerat de-a lungul timpului mai multe calorii decât ai avut nevoie și aceasta a condus la depozitarea lor sub formă de țesut adipos. Ei bine, dacă acesta este cazul tău, înseamnă că ești un candidat perfect pentru tehnica de restricție calorică. Evaluarea greutății ideale și compararea cu cea existentă este un criteriu pentru recomandarea tehnicii de restricție calorică sau pentru contraindicarea ei. Recomand mai multe praguri după care să se judece oportunitatea acestei metode;

– Dacă tu ești o persoană, indiferent de sex, care ai între 50 și 60 de ani și o greutate egală cu cea ideală, atunci ești un candidat la metoda restricției calorice; ai în față timp suficient pentru a o desfășura mulți ani și a crede că această metodă îți va aduce atât prelungirea vieții în jur de 5-10 ani, cât și prevenirea bolilor legate de bătrânețe.
– Dacă ești o persoană între 60 și 70 de ani, trebuie să ai cel puțin 5% peste greutatea ideală pentru ca să adopți aceasta tehnică. Și în acest caz poți să aștepți efecte benefice privitor la longevitate și păstrarea stării de sănătate la o vârstă înaintată.
– Dacă ești între 70 și 80 de ani și ai o greutate care depășește cel puțin 5% față de greutatea ideală, atunci poți să inițiezi această metodă de reducere calorică cu unele amendamente de care o să vorbesc mai jos. Efectele asupra stării de sănătate vor fi evidente și datorită lor poți considera că vei trăi mai mult și mai sănătos;
– Peste 80 de ani nu recomand să se adopte tehnica de reducere calorică decât cu recomandarea medicului. Aceste persoane nu sunt lăsate de-o parte, ci vor primi din partea mea o grijă aparte în capitolul următor în care voi prezenta diete specifice pentru cei care doresc o bătrânețe ferită de boli, senină și liniștită.

Cum am spus mai înainte, metoda restricției calorice presupune luarea unei hotărâri cu privire la inițierea și menținerea ei, efectuarea unor calcule privind nivelul caloric de repaus în funcție de greutate și înălțime, estimarea greutății actuale și a celei ideale, evaluarea nivelului de activitate fizică medie zilnică și evaluarea consumului caloric necesar pentru aceasta, iar mai apoi setarea unei zile în care să debuteze această metodă. Recomand cu tărie să ai un caiet în care să treci toate aceste calcule, ziua în care le-ai făcut și ziua în care dorești să începi. Vei avea astfel trecute datele de pornire:

- înălțimea
- greutatea actuală (data la care s-a luat)
- greutatea ideală după formula Lorenz
- calculul consumului caloric de repaus după formula Mifflin – St Jeor
- încadrarea într-o clasă de activitate fizică (sedentar, ușor, moderat, activ, foarte activ)
- calculul consumului caloric standard în funcție de clasa de activitate în care te-ai încadrat
- data la care dorești să începi tehnica de reducere calorică, ziua, luna și anul.

Astfel, Sandu, un ipotetic aderent la tehnica de reducere calorică, este un bărbat de 59 de ani, are 172 cm înălțime, o greutate actuală de 85 kg, a calculat că greutatea lui ideală în funcție de înălțime și vârstă (formula Lorenz) este de 76,25 kg, a mai calculat consumul caloric de repaus (formula Mifflin–St. Jeor) care ar fi de 1678 calorii, s-a evaluat că ar fi în clasa „activitate fizică moderată“, ceea ce ar însemna un consum standard de 2600,9 calorii pe zi; toate aceste date le-a înregistrat în caietul personal de gestionare a tehnicii de restricție calorică.

Mihaela, o altă pretendentă la această tehnică, este o femeie de 63 de ani, 168 cm și o greutate actuală de 81 kg. Ea și-a calculat greutate ideală după formula lui Lorenz și a găsit că ar trebui să aibă 66,37 kg, iar consumul de repaus de calorii ar fi de 1394 calorii; ea s-a evaluat ca făcând parte din clasa de „activitate sedentară“ și

aceasta a generat un standard de 1672,8 calorii necesare de consumat pe zi.

Următorul pas este să determini câte calorii consumi pe zi. În mod teoretic, ar trebui să știi pentru fiecare masă ce alimente ai consumat și în ce cantitate. Aceasta este foarte greu, pentru că fiecare rețetă culinară are propriile ei ingrediente, ele compun mâncarea fără să fie cântărite atent și, mai mult, felurile de mâncare variază de la o zi la alta. Așa că ce poți face este un calcul aproximativ, bazat pe tabele care indică caloriile aduse de fiecare aliment, estimând apoi gramajul fiecărui aliment din compoziția felului de mâncare respectiv. Pe internet poți găsi o multitudine de tabele cu caloriile pe care le aduce fiecare aliment, dar eu îți recomand să vizitezi adresele web: www.calorii.oneden.com sau http://catalin.petru.ro/2010/11/tabel-calorii-alimente/, unde poți să găsești o listă completă de alimente cu caloriile pe care le poartă pe unitatea de greutate sau volum, cât și principiile alimentare pe care le conțin. Pe baza acestor tabele, poți calcula caloriile aduse de mâncarea ta de fiecare zi. Mai găsești în anexa la această carte o listă a valorii energetice a alimentelor curente pe baza căreia vei putea calcula câte calorii mănânci zilnic (vezi Anexa nr. 1). Mai trebuie să știi că pe multe ambalaje ale alimentelor cumpărate (lactate, brânzeturi, paste făinoase, conserve etc.) există și o indicație a conținutului caloric, indicație pe care poți să o folosești atât în alegerea acestora, cât și în calcularea caloriilor ingerate de tine.

O să mă întrebi *„Cum să procedez practic?“*. Îți recomand să deschizi din nou caietul și să scrii pe o foaie ce ai mâncat ieri, dimineață, la prânz și seara, sau dacă ai mai luat ceva între mese. Pe o foaie separată să faci același lucru pentru o zi mai înainte și apoi pe o altă foaie cu încă o zi înainte. Apoi, tot pe foi separate, să scrii ceea ce ai mâncat azi, apoi mâine, poimâne și răspoimâne. Vei avea astfel structura mâncărurilor dintr-o săptămână din viața ta. Ia calculatorul și, singur, dacă tu gătești, sau împreună cu persoana care gătește în mod obișnuit în casa ta, calculează pentru fiecare fel de mâncare câte calorii ți-a adus. Folosește tabelul din Anexa 1. Astfel, în dreptul fiecărui fel de mâncare sau sandwich sau orice

altceva ai mâncat, o să fie o cifră cu caloriile pe care le-ai înghițit conform structurilor alimentare. Astfel, dacă ai mâncat la micul dejun o felie de pâine de secară de 100 gr (344 calorii) și ai băut un pahar cu lapte degresat de 200 ml (100 calorii), înseamnă că micul dejun ți-a adus 444 calorii. Apoi, adunând caloriile de la cele trei mese, o să obții aportul caloric pe care l-ai avut în ziua respectivă și în consecință poți să faci un tabel cu cele 7 zile pentru care ai făcut acest calcul. Adună toate caloriile pe care le-ai mâncat în fiecare zi în cele 7 zile și apoi împarte la 7 și vei avea o medie a caloriilor pe care le mănânci în mod obișnuit într-o zi tipică.

O altă metodă de a face un bilanţ caloric zilnic este folosirea tabelului de la adresa web http://calorii.oneden.com/Calorii-Mancare-gatita/?pf=1, unde sunt trecute caloriile pentru diferite mâncăruri gata gătite pe care și tu le-ai fi putut mânca într-una din cele 7 zile. Atenţie, toate valorile calorice menționate în tabel sunt pentru 100 g de mâncare, dacă sunt pentru o altă cantitate, aceasta va fi menționată în dreptul acelui fel de mâncare. Cu ajutorul acestor valori sintetice, calculul caloriilor ingerate zilnic poate fi mai ușor de făcut.

Poți considera această săptămână, cu mâncărurile ei, o săptămână tipică pentru tine, ca mai apoi să poți considera media caloriilor zilnice ca tipice pentru alimentația ta cel puțin în ultimele 6 luni? Dacă da, atunci ai obținut aportul caloric pe care-l ai de obicei, iar dacă nu, te rog să faci corecţiile necesare în plus sau în minus, dar tot așa, bazându-te pe mâncarea pe care ai avut-o și pe structura ei calorică. Încearcă să fii cât mai aproape de realitate. Sigur că mai sunt zile de sărbătoare, mai sunt zile când mergi în vizită la cineva sau la un restaurant, ca și zile când „postești“ sau ai alte rațiuni pentru a mânca mai mult sau mai puțin, dar pe tine te interesează doar o medie a caloriilor pe care le înghiți într-o zi tipică din viața ta, nivel care poate fi considerat nivelul de bază de la care o să începi să reduci caloriile. Cu acest nivel este obișnuit organismul tău, este obișnuit metabolismul tău ca și creierul tău. Dacă o să încerci să reduci, vei avea senzația de foame sau o senzație de disconfort sau chiar de oboseală.

Acest consum zilnic mediu pe care l-ai obținut și toate calculele pe care le-ai făcut sunt bineînțeles trecute în caietul tău și vor rămâne acolo ca martore ale progresului tău de-a lungul parcursului de restricție calorică. Consumul tău caloric mediu îl treci în caiet la rubrica datelor de pornire. Acest consum este bine să-l compari cu datele pe care Institutul de Medicină din Statele Unite le-a publicat în cadrul programului de estimare a energiei („*Estimated Energy Requirements*“) necesare în funcție de vârstă, sex și activitate, date care sunt prezentate într-o formă abreviată în Tabelul 1. Vei constata cât de mult sau puțin mănânci și poate te vei gândi la cât stres oxidativ este expus organismul tău, vei afla de ce ai țesut adipos în jurul taliei, de ce hainele pe care le-ai purtat nu cu mult timp înainte îți sunt strâmte acum, de ce gâfâi când urci scările, de ce te uiți cu invidie la alții care au siluetă și mă opresc aici ca să nu te întristez prea tare.

Tabelul 1. Estimarea nevoilor calorice pe zi în funcție de vârstă și activitate fizică (după *Institute of Medicine, Dietary Reference Index for Energy*, 2002).

Vârstă	Nivel de activitate – Bărbați			Nivel de activitate – Femei		
	Sedentar	Moderat	Activ	Sedentar	Moderat	Activ
51 – 55	2200	2400	2800	1600	1800	2200
56 – 60	2200	2400	2600	1600	1800	2200
61 – 65	2000	2400	2600	1600	1800	2000
66 – 70	2000	2200	2600	1600	1800	2000
71 – 75	2000	2200	2600	1600	1800	2000
< 76	2000	2200	2400	1600	1800	2000

A venit și ziua pe care ai setat-o ca debut în metoda de restricție calorică și o să mă întrebi: *„De unde să încep?“*. Primul lucru pe care trebuie să-l știm este numărul de calorii pe care trebuie să începem să-l reducem din numărul de calorii pe care-l ingerăm zilnic. Pentru a ști această cifră, este necesar să luăm în considerație

greutatea actuală și înălțimea, pe baza cărora vom calcula „indicele masei corporale“, indice care ne permite să apreciem volumul masei noastre corporale, mai exact decât o face aprecierea greutății. Apoi, în funcție de indicele masei corporale, de diferența dintre caloriile ingerate zilnic și cele necesare standard, conform greutății, vârstei și înălțimii, și în funcție de vârsta actuală, vom putea stabili care este procentul restricției calorice.

Indicele masei corporale este o valoare derivată din împărțirea greutății corporale (exprimată în kg) la pătratul înălțimii (exprimat în metri pătrați), conform formulei:

Indicele masei corporale (IMC) =
= înălțimea (kg)/greutatea (m)²

În cazul celor două persoane al căror exemplu l-am dat mai sus, acest indice ar fi pentru Sandu de 28,8 (greutatea de 85/pătratul înălțimii de 1,72 m), iar în cazul Mihaelei de 29,93 (greutatea de 81 kg/înălțime de 1,68 m la pătrat)

Pe baza acestui indice, se poate spune cât de departe este greutatea unui individ de greutatea normală, dată de greutatea actuală și înălțime. În Tabelul 2 se prezintă valorile de referință ale indicelui de masă corporală. Nu uita să treci în caietul de monitorizare a metodei indicele tău de masă corporală alături de celelalte date de pornire.

Tabelul 2. Valorile de referință ale indicelui de masă corporală.

Categorie	IMC (kg/m²)	
	minim	maxim
Subponderal foarte sever		15.0
Subponderal sever	15	16
Subponderal	16	18,5
Greutate normală	18,5	25
Supraponderal	25	30
Obezitate gradul I (obezitate moderată)	30	35
Obezitate gradul II (obezitate severă)	35	40
Obezitate gradul III (obezitate foarte severă)	< 40	

Pentru a fi un bun candidat la programul de restricție calorică, trebuie să împlinești criteriile următoare:

- să ai vârsta sub 80 de ani
- să ai o greutate cu cel puțin 5% mai mare decât de greutatea ideală sau
- să ai un indice de masă corporală mai mare de 25 sau
- să ai o diferență între caloriile ingerate în medie pe zi și cele standard (după formula lui Mifflin-St. Jeor) de cel puțin 200 de calorii
- să nu ai boli cronice de nutriție, în special diabet, care să reprezinte o contraindicație medicală (medicul de familie poate da undă verde în caz de dubiu).

Dacă unul dintre aceste criterii nu este împlinit, atunci metoda de restricție calorică nu este recomandată persoanei respective. Atât Sandu, cât și Mihaela se potrivesc pentru metoda restricției calorice. Sandu are doar 59 de ani, are o greutate de 85 kg, deci cu 9,1% mai mare, un indice de masă corporală de 28,8 și mănâncă zilnic în medie cu 300 calorii peste standardul caloric, conform gradului de activitate. Mihaela are 61 de ani, o greutate de 81 kg, cu 8,2% mai mare decât cea ideală, un indice de masă corporală de 28,9 și mănâncă în medie cu 420 calorii mai mult decât standardul, conform gradului de activitate.

Dacă îndeplinești criteriile de admitere în această metodă, atunci poți începe cu reducerea caloriilor zilnice cu 5%. Această reducere se face față de cantitatea medie de calorii ingerate pe care ai calculat-o zilele trecute pentru cele 7 zile și pe care ai trecut-o în caiet, la datele de pornire. Atenție! Reducerea calorică de 5% se face față de consumul mediu zilnic curent și nu față de consumul standard, adică caloriile pe care ești îndrituit să le ingerezi conform formulei lui Mifflin și St. Jeor.

Cum procedezi?

1. Mai întâi este bine să te duci la medicul de familie și să ceri o recomandare pentru analize de sânge precum nivelul glicemiei, al lipidelor totale, al colesterolului legat LDH și HDH, al trigliceridelor

și al proteinelor plasmatice. Trece rezultatul lor și data la care ai făcut aceste analize în caietul tău de monitorizare.

2. Apoi trebuie să calculezi câte calorii reprezintă 5%. În cazul lui Sandu, el consumă cu 300 de calorii mai mult decât standardul dat de activitate și datele lui corporale și vârstă, deci ingerează 2600,9 + 300 = 2900,9 de calorii/zi. Față de această cifră se face reducerea calorică zilnică de 5%. În cazul Mihaelei, ea consumă cu 320 de calorii mai mult decât consumul standard calculat de 1672,8, deci ingerează zilnic 1672,8 + 420 = 2072,8 calorii în medie pe zi. Și în cazul ei, aceasta este cifra din care se extrag cei 5% de reducere calorică. Altfel spus, noi vom începe să mâncăm zilnic mai puțin cu 5% față de ceea ce eram obișnuiți să mâncăm! Pentru Sandu, 5% reprezintă 145 de calorii de redus zilnic, iar pentru Mihaela, 5% reprezintă 104 calorii de redus pe zi.

3. Apoi nu trebuie să-ți transformi viața zilnică într-un fel de activitate „contabilă" istovitoare sau cel mult plicticoasă. Este suficient să hotărăști ce vei mânca astăzi, să-ți stabilești în minte meniul pentru cele 3-4 mese pe care le vei lua în ziua respectivă conform ritualului tău stabilit poate de ani și apoi să te gândești ce ai putea scoate. De exemplu, Sandu se va gândi că trebuie să scoată 145 de calorii. Poate să le scoată din micul dejul sau din masa de prânz sau de seară sau din două dintre ele sau din toate trei. El trebuie să se uite la tabelul din Anexa 1, cel care prezintă structura calorică a alimentelor, și să aleagă ce alimente să scoată din mesele de astăzi astfel încât să reducă caloriile ingerate cu 145 calorii. După o consultare rapidă a tabelului, Sandu a ales să pună deoparte trei felii de pâine din cele patru pe care le mănâncă pe zi, respectiv să renunțe la cele două felii de pâine pe care le mănâncă la prânz și la cea de seară (o felie de pâine are în medie 30 g), rămânând numai felia de pâine de dimineață; poate cele trei felii de pâine reprezintă un pic mai mult de 140 de calorii, dar aceasta nu este o problemă. Nici pentru Mihaela nu a fost complicat să aleagă la ce renunță în fiecare zi astfel încât să reducă aportul caloric cu 104 calorii pe zi. Ea a ales să renunțe la farfuria de orez cu lapte pe care o mânca în fiecare zi spre seară. În exemplele de mai sus, am ales rezolvări

simple, dar ție îți recomand să fii precaut și să alegi reduceri de calorii din compoziția mâncărurilor pe care le faci sau, mai simplu, să-ți pui în față farfuria de mâncare și să dai deoparte cam 5% din ea, cantitate pe care o pui înapoi în cratiță sau o duci la gunoi; la fel faci și dimineața și seara, reducând cu 5%, ceea ce este foarte puțin, din cantitatea de mâncare pe care erai obișnuit să o mănânci. Atenție! Tu prepari ca de obicei mâncarea, meniul este ca de obicei, doar față de această structură obișnuită, pe baza căreia ai calculat caloriile pe care le mănânci în fiecare zi, vei face reducerea de 5%.

4. Ține acest regim de reducere cu 5% a caloriilor ingerate timp de 4 săptămâni și cântăreşte-te în fiecare săptămână cu un cântar cu precizie rezonabilă, dimineața după ce ți-ai făcut toaleta, și notează greutățile împreună cu data respectivă în caietul tău de monitorizare a restricției calorice. Mai adaugă de la început în acest caiet ce ai ales să reduci și în ce cantitate sau dacă ai ales să îndepărtezi 5% din cantitatea care îți era în fața ta la fiecare masă.

5. Dacă în acest răstimp de 4 săptămâni ți se face foame între mese, bea apă plată. Păstrează la îndemână o sticlă cu apă plată și bea ori de câte ori ai senzația de foame sau pofta de a „ronțăi“ câte ceva.

6. Păstrează motivația intactă, nu te aștepta la „rezultate“, ele vor veni în timp, tratează cu indulgență momentele de „recădere“, adică acele momente în care ai încălcat regula reducerii cu 5%.

7. După 4 săptămâni de 5%, crește reducerea calorică cu încă 3% și astfel ajungi la 8% reducere calorică pe zi și ține acest nivel 8 săptămâni, timp în care te cântărești săptămânal, notezi cifrele și ai grijă cum „tratezi“ momentele de foame sau de slăbiciune. Pot exista momente de slăbiciune a voinței, când te tentează să mănânci ceva, ceva ce vezi sau ceva ce îți închipui, abate-ți atenția, fă ceva, vorbește cu cineva, dă un telefon, și momente când ai o slăbiciune fizică, când te simți amețit sau ai vederea încețoșată. Nu te speria, bea apă, stai într-o poziție confortabilă sau chiar culcat și o să constați că trece după câteva clipe.

8. Trebuie să știi că reducerea calorică, după ani buni în care ai mâncat mereu o cantitate mare de calorii (se spune că ai mâncat „ad libitum“, adică atât cât ai vrut), reprezintă un stres metabolic,

ceea ce se și dorește, stres la care organismul tău trebuie să se adapteze, așa cum am vorbit la mecanismele reducerii calorice. Această adaptare se face lent și trebuie să avem răbdare.

9. În cazul în care constați că starea ta subiectivă nu este bună sub această reducție calorică, poți să mergi la medicul de familie să-ți controlezi tensiunea arterială, nivelul glicemiei și celelalte valori ale compoziției sangvine. Poți discuta cu medicul tău dacă această metodă ți-a adus inconveniente care să te facă să o oprești. Oricum, sfatul meu este să ai răbdare și să nu dai înapoi imediat ce te simți inconfortabil cu această metodă.

10. Acum, că trebuie să faci o reducere de 8% este mai ușor pentru că această valoare poate fie egală cu un aliment oarecare pe care poți să-l scoți mai ușor din structura meniului tău, deci acum se recomandă să lucrezi mai mult cu lista de alimente decât cu reducerea volumului de pe farfurie.

11. În cazul prietenilor noștri, 8% înseamnă 232 de calorii pentru Sandu și 166 calorii pentru Mihaela.

12. Este foarte probabil ca în acest răstimp de 8 săptămâni cu 8% reducere calorii să constați că slăbești, nu te aștepta la o anume greutate, ci doar bucură-te că a început să scadă greutatea. Aceasta înseamnă că volumele corpului tău se redistribuie, țesutul adipos se deplasează și ceva din el se distruge, acum putem să spunem că sensibilitatea la glucoză începe să crească, că utilizarea glucozei este mai bună etc.

13. Ca și până acum, tratează cu indulgență „recăderile", caută să-ți menții motivația, cred că în acest punct al evoluției, dacă ai ajuns până aici, este din ce în ce mai ușor din punctul de vedere al voinței.

14. Dacă ai slăbit, calculează indicele de masă corporală și vezi dacă ești în aceeași categorie ca la început sau ai tendința de a trece la alta mai bună. De exemplu, Mihaela a slăbit un kilogram după 8 săptămâni și, după calculele respective, indicele ei de masă corporală a scăzut de la 29,93 la 28,36; ea a rămas în clasa „supraponderal", dar indicele ei arată o tendință de a merge spre limita de sus a „normalului"; ea a avut pentru prima oară bucuria

că a urmat această metodă și a căpătat mai multă voință pentru a continua. Se trec și aceste date în caietul de monitorizare a progresului metodei.

15. La sfârșitul acestei etape se recomandă să se facă testarea constantelor biologice ale sângelui și să se compare cu datele din urmă cu 10 luni, adică cele de la început, pentru a face primul bilanț al efectelor metodei. Mai mult ca sigur că se constată reducerea nivelului glucozei și îmbunătățirea raportului dintre colesterolul rău și cel bun.

16. Este posibil ca tu să te gândești că poți reduce caloriile și prin exercițiu fizic, adică în loc să reduci mâncarea cu 100 de calorii, poți să alergi pe banda de alergare și să consumi 100 de calorii sau să faci oricare alt exercițiu fizic care să consume calorii. Trebuie să-ți spun de la început că arderea de calorii prin exerciții fizice nu este același lucru cu reducerea celor ingerate. Continuă să-ți desfășori viața ca mai înainte și redu caloriile conform metodei pe care ți-o descriu, cu alte cuvinte, rămâi în clasa de activitate fizică în care erai. Dacă vrei, poți să crești nivelul activității, de exemplu Mihaela vrea să treacă de la nivelul „sedentar“ la nivelul „activitate moderată“; ea trebuie să reia calculele de la început și să recalculeze nivelul energiei metabolismului de repaus, apoi nivelul caloriilor standard și apoi nivelul caloriilor ingerate în medie zilnic și astfel să reformuleze ceea ce înseamnă pentru ea 5% reducere sau ce înseamnă pentru ea 8% reducere calorii ingerate.

17. Următorul palier este reducerea cu încă 3% a caloriilor ingerate astfel că ajungem la 11% total calorii de redus zilnic. Și acum facem calculele, cât reprezintă acest procent în calorii realmente de redus, cum se traduce această reducere în meniul zilnic, care este metoda de reducere (modificarea structurii meniului sau reducerea volumului mâncării din farfurie cu aproximativ 11%, respectiv 10 părți și un pic).

18. Acest palier se menține timp de 12 săptămâni. Și aici atenție la gestionarea voinței de a merge mai departe, a senzației de foame și a altor senzații dezagreabile, precum și a acurateții de reducere cu 11 procente a caloriilor ingerate.

19. Controlăm greutatea săptămânal, notăm cifrele și recalculăm indicele de masă corporală ca să monitorizăm progresul. Acum, precis o să constatăm îmbunătățiri semnificative ale acestui indice, poate o să vedem că am coborât greutatea cu 2-4 kg și o să mai constatăm o creșterea a abilității de deplasare, parcă ne simțim mai sprinteni, ne este mai ușor să facem mișcări care până atunci ne cereau destulă forță, precum ridicarea din pat, aplecarea și ridicarea de jos a unor obiecte, mișcări de schimbare a poziției corpului precum răsucirea de pe o parte pe alta etc.

20. Nu este obligatoriu ca greutatea corpului să scadă într-o pantă descendentă continuă, aşa cum s-ar aştepta mulţi dintre noi. Ceea ce precis se obţine este o redistribuire a volumelor corporale, a structurii acestora între țesut adipos, mușchi, oase și articulații. Cert este că greutate va scădea și aceasta se va observa mult mai bine în timp, dar viteza acestei slăbiri variază de la individ la individ. Reamintesc că rezultatele metodei nu se judecă în termeni de reducere a greutății corporale, ci în îmbunătățirea stării de sănătate, în prevenirea bolilor legate de bătrânețe și în prelungirea longevității.

21. Următorul palier este reducerea ingestiei calorice cu 14% zilnic, timp de 16 săptămâni. Ca și la celelalte paliere, se reduc alimentele care aduc cea mai mare cantitate de energie, se măsoară greutatea și se calculează indicele de masă corporală.

22. Se întâmplă destul de des să existe o tendință de a reduce cantitatea mâncării gătite pentru a fi ingerate la cele trei mese cu reducerea volumului ei în consecință. Deci ceea ce este în farfurie și care poate fi redus volumetric poate reprezenta mai mult decât 14%. De aceea recomand ca reducerea caloriilor zilnice să se facă conform tabelelor structurii calorice a alimentelor din Anexa nr. 1 sau cu ajutorul tabelelor disponibile la adresele de internet furnizate mai sus, pornind de la valorile medii de calorii ingerate de la care am pornit (numărul de calorii care a fost calculat pentru 7 zile de alimentație obișnuită, înainte de debutul în această metodă). Pe măsură ce cantitatea de calorii de redus crește, în aceeași măsură recomand celor care sunt tentați să reducă „din ochi" această

cantitate, să revină la acuratețe și la calcularea caloriilor conform tabelelor, oricât de grea ar fi această corvoadă.

23. Următoarele paliere sunt cele cu reducerea caloriilor ingerate la 17% timp de 20 săptămâni, iar următorul reduce caloriile la 20% timp de 24 săptămâni.

24. Dacă, pe parcursul acestei călătorii de reducere treptată a caloriilor ingerate, indicele de masă corporală a ajuns la 22, atunci nu se mai continuă reducerea pe paliere a caloriilor, ci se menține nivelul la acel moment. De exemplu, dacă Sandu a ajuns la indicele de 22 pe timpul cât redusese aportul caloric la 17%, el nu va merge mai departe, rămâne ca regimul său alimentar să rămână acela în care reducerea calorică față de nivelul inițial este de 17%, în cazul său, reducerea cu 17% a nivelului inițial de 2900,9 este 2458,8 calorii pe zi.

25. Teoria spune că acesta este nivelul care va trebui menținut mereu ca să obținem o prelungire semnificativă a vieții și o prevenire a bolilor care însoțesc bătrânețea, precum hipertensiunea arterială, diabetul, cardiopatia ischemică, accidentele vasculare cerebrale, boala Alzheimer și altele.

26. Dacă, ținând în platou acest nivel caloric, tu continui să scazi în greutate și ajungi la un indice de masă corporală mai scăzut de 18, atunci se recomandă să te întorci la palierul anterior și să rămâi acolo. În cazul personajului imaginar pe care-l folosesc ca exemplu, dacă Sandu ajunge la un indice de masă corporală de 18 în timpul celor 20 de săptămâni de 17% reducere calorică, ca să nu slăbească mai mult și să nu aibă riscul unor modificări structurale, adică organismul să nu înceapă să ardă proteine pentru a face rost de calorii, se recomandă ca el să se întoarcă la palierul de 14% și să rămână acolo.

27. Un individ ajunge mai repede sau mai târziu la un indice de masă corporală de 18, adică subponderal, în funcție de greutatea ce o avea atunci când a început metoda de reducere calorică. Dacă greutatea unui individ era mare la debutul metodei, de exemplu, era obez, el va avea nevoie chiar de depășirea pragului de 20% reducere calorică pentru a deveni „subponderal". Teoretic, nu se recomandă o reducere calorică de peste 26-30%.

28. Metoda restricției calorice nu trebuie confundată cu o dietă recomandată oamenilor în vârstă, metodă care va fi descrisă în subcapitolele următoare. În cazul dietei, discutăm despre principiile alimentare, nutrimentele care sunt recomandate să facă parte din meniul unui om în vârstă, pe când la metoda restricției calorice vorbim despre câte calorii este bine să ingereze un om în vârstă.

Acum, la sfârșitul acestui capitol vreau să repet certitudinea că metoda de reducere calorică este singura metodă care, experimental și în studii naturale s-a dovedit capabilă să prelungească viața și să preîntâmpine problemele de sănătate de la vârste înaintate. Cu cât această metodă este mai repede abordată în viață, să zicem după 50-55 ani, cu atât efectele ei pe termen lung vor fi mai vizibile.

1.2. DIETA

Numele de dietă este parte din vocabularul curent și îl găsim pe buzele tuturor. Frumusețea corporală, longevitatea sau capacitatea fizică sunt legate astăzi de dietă. Aproape fiecare magazin alimentar are un raion cu produse dietetice, fiecare revistă ilustrată sau fiecare ziar are o rubrică despre dietă. Ce semnifică această preocupare cu dieta alimentară? În primul rând, trebuie să ne amintim că alimentația omului a evoluat în ultimii 250.000 de ani, de la cea a omului primitiv la cea a omului modern de astăzi. La începuturi, alimentația omului era legată de locație și condiții geografice, precum alimentația bazată mai mult pe fructe, plante și rădăcinoase la omul care trăia în zone calde, hrana bazată pe carne și alte produse de la animale, la cei care trăiau în zone cu climă aspră. Mai trebuie amintit și canibalismul care a fost o sursă de hrană a omului primitiv. Apoi produsele care alcătuiau hrana erau consumate mai întâi crude, în forma lor naturală, iar ulterior preparate prin acțiunea căldurii. Apariția agriculturii, cu peste 10.000 de ani în urmă, aduce în hrana omului cerealele, care, alături de celelalte produsele obținute din domesticirea animalelor,

contribuie la o schimbare majoră atât asupra dietei umane, cât și asupra stabilității lui în zonele cu climă propice pentru agricultură.

Primele referiri scrise despre „dietă“ și rolul ei apar în Vechiul Testament unde se menționează superioritatea alimentației formate din legume și fructe în fața celei compuse din carne și vin. Cuvântul dietă derivă din grecescul „diaita“ care semnifică un stil de viață mai curând decât un regim alimentar, regim de viață care se adresează atât corpului, cât și minții, și care ar garanta o existență sănătoasă și de succes. Grecii vechi credeau că funcționarea corpului este în mare parte dependentă de ceea ce mănâncă un om și că alimentația îl poate influența în multe feluri. Filozoful grec Anaxagoras (510-428 î.Hr.) spunea că alimentele sunt absorbite de corpul uman și că ele conțin „componente generative“ care-l fac să existe și să prospere, anticipând ceea ce se înțelege astăzi prin „nutrimente“. Hippocrate (460-370 î.Hr.), părintele medicinei moderne, spunea că medicul trebuie să aibă două arii de studiu: alimentația și mediul în care omul viețuiește: *„Lasă hrana să fie medicina ta și medicina să fie hrana ta*“. El credea că balanța dintre ceea ce mâncăm și activitatea fizică este cea care ne face să fim sănătoși și să trăim mult. Hippocrate punea accentul și pe structura alimentelor pe care le ingerăm.

Tot pe vremea Greciei Antice, alimentația era considerată și simbolul luxului și al corupției. A mânca mult și nestăvilit era corelat cu lăcomia de toate felurile și cu degradarea morală, pentru că impulsul nestăvilit spre mâncare putea fi expresia lipsei autocontrolului. Se spunea că *„bine este să ții ochii deschiși, dar gura închisă*“.

Câteva secole mai târziu, Plutarh (46-120), istoric și biograf grec, vorbea de legătura dintre obezitate și sănătate, spunând că oamenii mai subțiri sunt în general mai sănătoși și mai longevivi. El îi compara pe oameni cu o barcă poate fi supraîncărcată și, astfel, exista riscul de a fi scufundată. Astfel, se încetățenea ideea unei diete care să-i țină pe oameni sănătoși. Galen (130-200), alt medic celebru al acelor timpuri, spunea că medicii trebuie să includă în practica lor obișnuită și rețete culinare pe care să le distribuie pacienților lor, asta în ciuda concepției populare că a mânca cât vrei

semnifica sațietatea și plăcerea în viață. Această concepție a fost zdruncinată de exemplul primilor creștini purtători ai concepției că organismul este un obstacol în atingerea valorilor spirituale, iar postul este un mijloc de curățare a păcatelor și de salvare a sufletelor. Creștinii ascetici vedeau corpul ca ceva aparte de care trebuie să se detașeze cineva care aspira la înălțimea spiritului. Se poate spune că creștinismul a modificat relația dintre alimentație și corp în cultura vestică. Exemplu este Sf. Anton (251-356) care a trăit în pustietatea deșertului din estul Nilului, într-o eroică abstinență și foame, și care a fost obiectul admirației de mai târziu. Din doctrina creștină izvorăște și valoarea metaforică a mâncării și transformarea ei într-un vehicul al comunicării simbolice. A invita pe cineva la masă, a trata pe cineva cu mâncare sunt componentele ospitalității și generozității, ale altruismului, iar a te abține de la mâncare sau a evita consumul cărnii înseamnă a încerca să separi spiritul de carnea corpului, pentru că trupul este obstacolul care trebuie depășit în atingerea sfântului spirit. Aici se găsește conflictul originar privind mâncarea și sensul păcatului din abuzul mâncării. A mânca, a te sătura aduce bucurie corpului, dar te îndepărtează de valorile spirituale. Ideea de autocontrol, de reținere și abstinență, de austeritate, a devenit apoi o temă continuă de dezbatere filosofică. Dieta care promova moderația și chiar austeritatea avea semnificație egală cu cultivarea spiritualității. Sf. Augustin (354-430) recunoștea că se lupta zilnic cu dorința sa de a mânca și de a bea și chiar cu unele pofte sexuale. El spunea că, depășind disconfortul foamei, ajungi la plăcerea spirituală. Sf. Toma de Aquino (1225-1274), preot și filosof creștin, el însuși un om gras la vârsta când a murit, predica lupta cu plăcerea, cu voracitatea, cu suprasațietatea și lăcomia. Viața lui este exemplară pentru atitudinea ambivalentă a creștinismului față de mâncare, implicând pe de-o parte abținerea și postul ca mod de accedere și salvare spirituală și pe de altă parte mâncarea ca dar și întrupare cu cele sfinte.

Nici celelalte religii nu au ignorat relația dintre corp, alimentație și sănătate. Astfel, Avicenna (980-1037), medic și filosof musulman, spunea că este nesănătos să mănânci mult și, dacă ești

gras, trebuie neîntârziat să folosești laxative și să faci exerciții fizice, rețetă a cărei popularitate a supraviețuit secolelor.

În perioada care a urmat au apărut o mulțime de cărți care au propovăduit temperanța alimentară ca dietă cu valoare polivalentă în păstrarea sănătății. Corpul uman a devenit obiectul de atenție al celor care erau păstrătorii relației dintre sănătate și alimentație. Tot corpul uman era și receptacolul plăcerii, al lăcomiei, al voracității, al corupției morale. Una dintre cărțile celebre este cea de care am amintit în capitolul anterior, *Arta de a trăi mult*, a lui Luigi Cornaro (1464-1566), carte care leagă pentru prima oară restricția alimentară și etilică de prelungirea vieții. Nepoata sa își amintea mai târziu că de multe ori în dieta bunicului era doar un ou, doar ocazional două ouă fierte pe zi, în schimb era pâine, supă, puțină carne și 400 mL de vin. Trei secole mai târziu, filosoful german Nietzsche, el însuși o persoană hiperponderală și sedentară, scria că a încercat această dietă și nu a fost „impresionat" de ea pentru că încetinește metabolismul, consumă energia nervoasă și chiar poate distruge persoana.

În 1770, Lavoisier demonstrează că, prin oxidarea alimentelor ingerate organismul obține energie și degajă căldură, ceea ce a făcut ca el să fie considerat „tatăl nutriției și al metabolismului". Însă secolul al XIX-lea aduce cele mai importante descoperiri care au pus bazele nutriției de astăzi. Astfel, în anul 1816, Magendie descoperă că animalele hrănite numai cu zaharuri și grăsimi pierd proteinele și mor în câteva săptămâni, iar în 1860 Claude Bernard evidențiază că grăsimile pot fi sintetizate din zaharurile ingerate și, astfel, energia poate fi stocată în organism sub formă de țesut adipos. Începutul secolului XX aduce descoperirea vitaminelor și apoi a aminoacizilor esențiali, adică a acelor substanțe din alimentație fără de care viața ar fi imposibilă. Apoi în timpul celui de-Al Doilea Război Mondial se fac primele cercetări asupra rației alimentare zilnice necesare pentru soldați și, astfel, apar primele recomandări privitoare la o dietă sănătoasă.

Atenția permanentă față de relația dintre corp și alimentația din ultimele secole a fost treptat capturată de medicină care, încă

din secolul al XIX-lea, îi dedică un important sector care strânge laolaltă cunoștințele despre nutriție și regimuri alimentare ca mijloace terapeutice, sector al medicinei cunoscut ca dietetică. Apariția dieteticii ca știință a legat pentru totdeauna dieta alimentară de acțiunea politică a statului prin regulamente și norme care au statutat valoarea alimentației pentru sănătatea publică. Ulterior, pe măsură ce aspectul corpului a devenit subiect al identității persoanei, în epoca modernă, și mai ales postmodernă, dieta a căpătat valoarea de manipulare a selfului. Simone de Beauvoir scria în 1953: *„Am crescut în tandem cu mișcarea feministă și am absorbit ideile feministe prin care viziunea despre corp conduce la inegalități, prejudiciu, la ce e drept sau greșit. Tot ce societatea spune despre corp, despre natura lui, este de fapt o construcție socială. Percepțiile noastre despre corp s-au schimbat de-a lungul vremii și fiecare cultură are propria obsesie, mai ales cu forma corpului, cu înfățișarea lui, cu ceea ce este considerat frumos și urât. Mai adaug la aceasta faptul că organismul nostru se schimbă cu vârsta și noțiunea de atractivitate devine mai nuanțată. Corpul de dorit este specific unei culturi... și această normă, acest marker al frumuseții și apartenenței s-a modificat încontinuu. Feminismul de astăzi operează atât în beneficiul femeii, cât și al bărbatului și caută să elimine prejudiciul și să ne elibereze de convenții“.*

Cultura de tip occidental ne prezintă mereu corpuri tinere și „scheletice“. Ni se spune mereu să dăm jos din kilogramele câștigate în ani, să mâncăm sănătos, să rămânem tineri și toate acestea ne fac să avem sentimente de autoblamare, de rușine pentru încercările și eșecurile repetate de a fi în linie cu imaginile pe care ni le prezintă mass-media. Louise Foxcroft, autoarea unei cărți de succes, *Calories & Corsets: A history of dieting over 2,000 years* (Caloriile și Corsetele: O istorie a dietei în ultimii 2000 de ani) spunea că acest proces este fel ca cel din dragoste, *„o dilemă între a obține ceva imediat și altceva care se obține mai târziu, între a mânca și a fi satisfăcut pe de-o parte, și a arăta bine și a fi longeviv pe de altă parte*“.

Dacă am arunca o privire evoluționistă asupra dietei, am putea presupune că omul primitiv a avut o „dietă“ în funcție de ce găsea

și ce putea vâna, apoi, când a început să prepare alimentele cu ajutorul căldurii, a început să utilizeze „rețete culinare“ care presupuneau o anume combinație de ingrediente. Modul de preparare a alimentelor și a ingredientele componente s-au schimbat pe măsura dezvoltării agriculturii și creșterii animalelor domestice, a sedentarismului și a dezvoltării așezărilor umane și a apariției piețelor de produse alimentare, a apariției metodelor de stocare și prezervare prin frig a alimentelor, ca să ajungă astăzi la invazia alimentară din supermarketuri unde putem găsi sugestii și oferte infinite de mâncăruri preparate sau semipreparate și, astfel, în ultimele două secole am evoluat, de la producerea alimentelor în gospodărie, la producerea lor pe scară industrială.

Apariția industriei alimentare a generat marketizarea hranei omului cu promovarea ei în funcție de profit, de gradul de prelucrare, stocabilitate și perisabilitate, cu internaționalizarea modului de preparare și prezentare, într-un cuvânt în funcție de criterii de piață. Felul de preparare a mâncării și disponibilitatea ei au ajuns să se mute de la nivelul individual și familial la național și internațional. De exemplu, putem cumpăra pizza, iaurt sau sushi oriunde am merge pe glob, mâncărurile nu trebuie să le mai gătim acasă, le putem cumpăra gata făcute, deși librăriile sunt pline de cărți cu rețete culinare, suntem din ce în ce mai seduși să folosim mâncarea tipizată din magazine și restaurante. Tendința este de a înlocui mâncarea gătită acasă cu mâncarea procesată și rafinată oferită la fiecare colț de stradă.

Pentru majoritatea oamenilor, preparatul mâncării a scăpat de sub autoritatea individuală și a trecut spre autoritatea pieții. Chiar dacă mâncăm acasă, nu mai avem control deplin asupra ingredientelor puse în mâncare, gătim cu ce găsim la supermarket, vedem care este oferta zilei, ce arată mai bine și, nu în ultimul rând, ce este mai ieftin. Am putea spune că facem parte din lumea opulenței alimentare, a abundenței, ba chiar că trăim într-o „*cultură a mâncatului*“, pentru că a mânca și a alege ce și unde să mănânci reprezintă un vârf al plăcerii și realizării sociale.

De-a lungul acestei evoluții, dietetica, ramură a medicinei care îmbină cunoștințele științifice despre alimentația omului sănătos și

despre cea recomandată în diferite boli, a încercat să țină pasul cu transformările pieței alimentelor, ale modului de prezentare, preparare și servire a lor, ale gusturilor și ale modelor. Cunoștințele despre metabolism, calorii, despre diferite boli de nutriție, despre colesterolul rău și cel bun etc. sunt astăzi foarte larg răspândite, aproape toate alimentele sunt etichetate cu valoarea calorică și compoziția în principii alimentare sau nutrimente și, cu toate acestea, niciodată nu s-au pus atâtea întrebări precum: *„Ce e bine să mănânc?“, „Care este dieta pe care trebuie să o adopt*?“, *„Ce trebuie să evit“?...* Astăzi toți recunosc că, alături de medicamente, dietetica este o modalitate eficientă de tratament și prevenție.

După atâția ani în care ne tot uităm la ce mâncăm noi sau alții, după lunga evoluție a „modelor“ alimentare, a felului de a prepara și servi mâncarea, de a o îngloba în ceremonii și festivități, putem afirma cu tărie că obiceiurile alimentare generale ale omului sunt fundamental înrădăcinate în cultură, iar orientările și caracteristicile alimentației individuale prezintă variații de la curentul principal în funcție de personalitatea, activitatea, microgrupul din care facem parte (familial, recreațional și vocațional) și istoria fiecăruia dintre noi. Aceste obișnuințe referitoare la cum luăm masa și ce punem pe masă sunt astăzi legate atât de obiceiuri și tradiții, cât și de noile raporturi dintre oameni și vârstă.

Se spune pe drept cuvânt că suntem ceea ce mâncăm. Există o legătură extraordinară între alimentație și corpul nostru și, de aici, prin extensie, între alimentație și mintea și sufletul nostru. Așa se și explică de ce alimentația este atât de mult legată de religie, de ceea ce credem noi despre lume și cum lumea se regăsește în noi.

Toate lumea constată în familie, la alții sau pe ei înșiși că, odată cu vârsta, obiceiurile alimentare se schimbă treptat. În mare, se poate spune că, odată cu creșterea în vârstă, omul bătrân are două alternative, să mănânce sănătos, adică într-un fel care să-i priască, sau să mănânce „la liber“, adică să-și asume riscul de a dezvolta tulburări legate de o alimentație defectuoasă. Un studiu făcut pe 2195 de rezidenți din Adelaida, Australia, în vârstă de peste 65 de ani a

pus în evidență evoluția obiceiurilor lor alimentare de-a lungul ultimilor 10 ani și, astfel, s-a văzut că oamenii în vârstă și singuri au mai multe șanse să aibă o dietă neadecvată, că singurătatea are un impact negativ asupra obiceiurilor alimentare, iar stilul de viață care presupune participarea la diferite activități fizice sau sociale se corelează cu o dietă variată și mult mai sănătoasă.

Folosirea dietelor alimentare ca mijloc de prevenție și de terapie în diferite tulburări de sănătate face parte atât din arsenalul terapeutic al medicinii moderne, dar și ca expresie a „medicinei alternative“, care folosește metode neconvenționale, altele decât cele farmaceutice, pentru prevenirea și tratarea bolilor. O foarte recentă analiză a rolului nutriției în sănătatea mintală a fost prezentată în *The Lancet*, prestigioasa revistă medicală internațională, ocazie cu care s-a subliniat legătura dintre proasta nutriție și tulburările mintale la copii și adolescenți, între dieta de tip mediteraneean și scăderea incidenței depresiei la adulți și rolul suplimentelor alimentare de tipul omega-3, vitamine din grupul B, acid folic și vitamina D în îmbunătățirea sănătății mintale la orice vârstă.

Legătura dintre alimentație și longevitate și problemele de sănătate legate de creșterea în vârstă au fost și ele un obiect de studiu. De la cartea lui Luigi Cornaro, de care am amintit mai sus, s-au scris biblioteci despre subiectul acesta. Pe măsura progresului în domeniul bolilor metabolice și al celor legate de bătrânețe, precum apariția diferitelor teorii biologice explicative ale procesului de îmbătrânire, au apărut diferite diete alimentare care oferă un răspuns alimentar la aceste transformări biologice. Astfel, au apărut diete ca răspuns la teoria radicalilor liberi, a uzurii celulare, a modificării răspunsului imunologic, a supraîncărcarii calorice etc. În cele ce urmează, eu recomand patru diete a căror eficacitate în prevenirea și/sau încetinirea procesului de bătrânețe și a problemelor de sănătate legate de acesta a fost demonstrată prin studii riguroase științific. Aceste diete nu înlocuiesc dietele specifice recomandate de medici pentru afecțiuni specifice precum diabetul, bolile renale, hepatice sau cardiovasculare, ca să numesc doar câteva dintre bolile cronice care necesită o dietă specială. Dietele pe

care le recomand sunt prescripții generale care au la bază un principiu biologic, metabolic, care leagă alimentația de procesul general de creștere în vârstă și care se adresează mai mult prevenirii problemelor de sănătate contingente vârstei decât terapiei acestora odată apărute.

1.2.1. Dieta antiinflamatorie

Dieta antiinflamatorie nu este o dietă care te ajută să slăbești, ci este o dietă care te ajută să adopți un stil de alimentație sănătos, să selectezi alimentele și să le prepari adecvat astfel încât să ajuți corpul să se adapteze și să reziste trecerii anilor. Se numește antiinflamatorie pentru că la baza ei stă constatarea științifică despre rolul inflamației în procesul de îmbătrânire. Se consideră că, dacă există un proces care să fie constant la toți cei care îmbătrânesc, acela este inflamația. Inflamația de la bătrânețe este o inflamație cronică, sistemică, de mică intensitate, care apare și se dezvoltă în absența oricărei infecții, de aceea mai e numită și „inflamație sterilă". Aproape că nu există vreo problemă de sănătate a vârstei a 3-a care să nu aibă la origine acest proces inflamator cronic, drept pentru care acest proces a fost botezat „*inflamaging*". Astfel, s-a constatat că markerii inflamației sunt prezenți în toate schimbările care însoțesc bătrânețea, de la schimbări în compoziția corpului, a producerii și utilizării energiei, la modificările din homeostazia corpului, senescența sistemului imunitar și a rețelei neuronale.

În anul 2012, Institutul Național de Sănătate al Statelor Unite a organizat un workshop cu participarea celor mai distinși cercetători în domeniu despre rolul inflamației în bolile legate de bătrânețe. S-a evidențiat cu această ocazie că inflamația joacă un rol hotărâtor în frecvența cu care bolile cardiovasculare, diabetul, obezitatea, bolile tractului digestiv, bolile osteo-articulare, bolile renale, cancerele și tulburările cognitive de tip demențial apar la bătrâni. Experiențele făcute pe animale de laborator au întărit această concluzie, la fel ca și efectele benefice evidențiate de

studiile clinice controlate obținute prin administrarea mijloacelor antiinflamatorii în cazul diabetului de tip II și al declinului cognitiv. Pe de altă parte, și procesul de bătrânețe, prin senescența celulară și moartea celulară, contribuie la declanșarea și întreținerea proceselor inflamatorii cronice sistemice.

Dar ce este inflamația? Inflamația este un răspuns protectiv al organismului care implică celulele cu rol imunitar, vasele de sânge și mediatori chimici care transmit mesaje efectoare la diferite țesuturi și organe. Scopul inflamației este să elimine o agresiune care a condus la distrucție celulară, să înlăture celulele moarte și să repare țesuturile afectate. Inflamația nu este sinonimă cu infecția. Inflamația este astfel o cascadă de evenimente inițiate de o agresiune care conduce la distrugeri celulare și determină în primă etapă o reacție imunitară. Inflamația este un proces favorabil individului, dar devine un proces dăunător atunci când ea depășește granițele locului unde s-a petrecut agresiunea și timpul cât este normal să dureze pentru a repara pagubele. Se poate spune că inflamația a devenit cronică atunci când se răspândește în teritorii care nu au nicio legătură cu locul agresiunii și capătă o notă „sistemică“, adică generalizabilă și autoîntreținută, așa cum se întâmplă într-o oarecare măsură la oamenii în vârstă.

La bătrânețe, procesul inflamator poate fi declanșat de însăși de procesul de îmbătrânire celulară care determină moartea acestora și eliberarea de produși care se constituie în semnale pentru celulele imunocompetente să reacționeze. Atunci când celulele sunt distruse, membrana lor se rupe și se eliberează anumite enzime proteolitice care contribuie la distrugerea altor celule viabile. Astfel, când inflamația are o evoluție cronică, acest răspuns imunitar este prelungit, autoîntreținut și ajunge să fie dăunător organismului prin modificarea raportului dintre celulele imunitare, precum limfocitele de diferite tipuri, și prin deteriorarea mecanismului de recunoaștere a ceea ce este țesut propriu și sănătos de ceea ce este țesut străin. Acest proces duce și la apariția de anticorpi față de propriile țesuturi și la modificarea expresiei genetice a celulelor, cu posibilitatea malformării lor sau a îmbătrânirii și distrugerii lor.

În timpul procesului inflamator, celulele imunitare comunică unele cu altele prin diverşi mesageri chimici dintre care cei mai cunoscuţi sunt citokininele. Prin aceşti mesageri, creierul, care în concepţia modernă este un organ imunitar, ia notă și participă la procesul inflamator în curs. Multe dintre simptomele comune unei inflamaţii cronice, precum oboseala, pierderea poftei de mâncare, apatia sau problemele cu somnul, sunt cauzate de influenţa pe care citokininele o are asupra sistemului nervos central. Răspunsul sistemului nervos central faţă de apariţia acestor mediatori ai inflamaţiei se traduce prin creşterea nivelului adrenalinei şi a cortizolului ca parte a răspunsului la o agresiune faţă de integritatea organismului.

Tot ca parte a răspunsului organismului la procesul de inflamaţie este și apariţia în sânge a unui alt mesager chimic care se numește „proteina C-reactivă" și care este secretată de ficat. Rolul ei în mecanismele de luptă este de a mobiliza inflamaţia. Dacă inflamaţia se cronicizează, nivelul acesteia în sânge rămâne ridicat pentru prea mult timp, ceea ce are efecte negative asupra pereţilor vaselor de sânge prin grăbirea procesului de senescenţă a peretelui intern epitelial vascular. În felul acesta, creşterea nivelului sangvin al proteinei C-reactive are și un rol important în apariţia fenomenului de ateroscleroză, de depunere de grăsimi în pereţii vaselor și apariţia consecutivă a procesului de fibrozare și rigidizare a acestuia, ateroscleroza care este responsabilă de accidentele cardiovasculare de la vârsta înaintată.

Mai sunt și alţi mediatori chimici ai inflamaţiei precum leukotrinele, eliberate de globulele albe din sânge, histamina, serotonina, prostaglandinele, bradikinina și altele. Unele dintre ele au rolul de a favoriza, altele de a suprima inflamaţia și din jocul lor organismul încearcă să ţină un echilibru al procesului inflamator, utilizând părţile lui bune în jugularea agresiunii și repararea daunelor tisulare.

Alte cauze care întreţin inflamaţia cronică la oamenii în vârstă sunt: i) acumularea de resturi celulare și de proteine cu structură alterată din cauza procesului de moarte celulară caracteristică

vârstei înaintate; ii) scăderea capacității de „sechestrare“ a microbilor din tractul digestiv odată cu vârsta, ceea ce conduce la creşterea inflamației cronice şi a mediatorilor ei la acest nivel; iii) creşterea coagulabilității sangvine odată cu vârsta, mulți dintre factorii coagulării participând la procesul inflamator ca mediatori chimici.

Pe măsura cunoaşterii rolului procesului inflamator cronic în generarea problemelor de sănătate legate de creşterea în vârstă, s-au experimentat diferite mijloace terapeutice printre care: i) combaterea hipercoagulabilității sângelui prin medicamente împotriva agregării plachetare, precum aspirina în doze mici, şi creşterea cantității de fluide ingerate pe zi, ii) administrarea de medicamente cu acțiune antiinflamatorie precum aspirina sau „statinele“, un grup de medicamente care îmbunătățesc raportul dintre colesterolul rău și cel bun, colesterolul rău având rol în menținerea procesului inflamator cronic; iii) reducerea eliberării factorilor pro-inflamatori de la nivelul tractului intestinal prin restabilirea echilibrului macrobiotic prin produse alimentare și nealimentare specifice, iv) ameliorarea tranzitului intestinal prin combaterea constipației, v) administrarea de produși enzimatici de origine vegetală care să uşureze travaliul digestiv, vi) tratarea fenomenelor de inflamație cronică intestinală precum cele din colon iritabil, diverticuloză, polipoză intestinală, vi) combaterea infecțiilor cronice oriunde s-ar găsi, mai ales cele din cavitatea bucală generatoare de stimuli „*infamaging*“, vii) combaterea obezității pentru că ea reprezintă un rezervor mare de reacții proinflamatorii, de semnale proinflamatorii, prin creşterea rezistenței la insulină și a procesului de glicare (de care am vorbit în capitolul anterior), prin favorizarea senescenței celulare și prin supresia competenței sistemului imunologic.

Discuția despre alimentele care favorizează sau nu inflamația porneşte în primul rând de la constatarea că leukotrinele şi prostaglandinele, mediatori chimici ai inflamației, sunt produși în organism pornind de la acizii grași „esențiali“ polinesaturați. Acești acizi grași sunt numiți „esențiali“ pentru că nu pot fi

sintetizați în organism și trebuie luați din alimentație. În mare, sunt două clase de acizi grași polinesaturați în organism: acizi grași nesaturați Omega-3 și acizi grași nesaturați Omega-6. Ambele tipuri de acizi nesaturați sunt necesari organismului uman. Acizii grași de tip Omega-3 sunt reprezentați de acidul alfa-linolenic, ce se găsește în special în algele marine și fitoplancton, în plantele oleaginoase, nuci, diverse alte tipuri de sâmburi de plante și în uleiul de pește obținut din peștele de apă sărată (somon, sardine, heringi, macrou etc.). Prin metabolizarea lor în organism, acizii Omega-3 se transformă în substanțe care au mai mult proprietăți antiinflamatorii. Acizii grași de tip Omega-6 sunt reprezentați de acidul linolenic care, prin metabolizarea lui, se transformă în acid arahidonic, produs esențial din care se sintetizează în corpul uman prostaglandinele și leukotrinele, unii dintre principalii mediatori chimici ai inflamației, mai ales când alimentația aduce o cantitate mare de acizi Omega-6. Acizii grași de tip Omega-6 sunt conținuți în general în grăsimile de origine animală.

Organismul uman are nevoie de ambele clase de acizi grași nesaturați esențiali. Aceste clase sunt în competiție pentru același tip de enzime care le metabolizează, și o cantitate mare ingerată o dată are efectul de a inhiba metabolismul celeilalte. Dieta normală a omului furnizează acești acizi grași în proporții diferite, conform compoziției ei. Se crede că dieta umană s-a schimbat mult în ultimele secole în ceea ce privește raportul dintre acizii grași Omega-3 și Omega-6, de la raportul de 1:1 din epoca dietei omului primitiv, la dieta de astăzi, datorată „*revoluției agricole*“, care a adus bunăstare alimentară, înclinată în mod hotărâtor spre acizii grași Omega-6 din grăsimile animale. Această dietă modernă, care conține mulți acizi Omega-6, contribuie la sinteza unei cantități mari de acid arahidonic în organism, precursorul mediatorilor chimici ai inflamației și, astfel, la apariția premiselor pentru geneza unei stări inflamatorii sistemice în organism, stări declanșate după mai mulți ani de utilizare a unei astfel de alimentații. Această dietă pare să aibă consecințe asupra stări de sănătate a omului în

a doua parte a vieții lui și mai ales la bătrânețe, în special favorizarea bolilor cardiovasculare, a cancerelor și a tulburărilor degenerative ale creierului. Inhibarea sintezei acidului arahidonic este unul dintre mecanismele prin care acționează aspirina și alte medicamente antiinflamatorii. Sunt studii care au arătat că, în dieta omului din țările vestice, raportul între Omega-6 și Omega-3 este între 10:1 și 30:1. O dietă sănătoasă, care conferă protecție față de inflamația sistemică și, astfel, previne tulburările cardiovasculare, degenerative etc. este cea care are un raport de 1:4 sau cel mult 1:1. Acest raport favorabil se găsește în uleiul de rapiță, de in sau de măsline.

Acizii grași nesaturați sunt compuși organici foarte instabili care își schimbă compoziția în contact cu aerul, razele solare, căldura, proces care se face prin saturarea structurii cu atomi de oxigen și hidrogen. Astfel, acești compuși, care sunt lichizi, devin semisolizi, lucru care se vede destul de ușor la uleiurile vegetale alimentare care au fost utilizate la prăjit. În acest caz, se spune că aceste grăsimi au devenit saturate, grăsimi care se mai numesc „grăsimi trans". Unele grăsimi alimentare solide, precum margarina, sunt obținute din uleiuri vegetale care au fost transformate în grăsimi saturate printr-un proces industrial.

Un alt compus alimentar care ajuns în sânge favorizează inflamația este zahărul. Am vorbit în capitolul anterior de procesul de glicare, dar voi mai reitera aici felul cum acest proces favorizează inflamația și prin aceasta procesul de îmbătrânire cu tarele lui biologice.

Glicația este o reacție nonenzimatică dintre substanțele simple din sânge, precum glucoză, fructoză, galactoză, și proteinele din sânge sau cu hemoglobina. Prin această legătură se creează molecule complexe cu mare putere oxidantă numite și glicotoxine. Acest proces scapă de sub controlul enzimatic care asigură homeostazia și este mai accentuat la persoanele diabetice, la cei cu o dietă bogată în zaharuri și la cei care fumează. Glicotoxinele pot fi și ingerate, ele găsindu-se în diferite produse alimentare precum produsele derivate de la animale, care prin prelucrare calorică,

precum frigere sau fierbere, își măresc cantitatea de glicotoxine. Se înțelege că dieta omului modern este o sursă importantă de glicotoxine.

Odată formate în organism sau absorbite din alimentație, glicotoxinele se atașează receptorilor specifici de pe membrana celulară și, astfel, își exercită diferite acțiuni, cea mai importantă fiind cea prin care declanșează formarea de factori proinflamatori. Când acești compuși sunt în cantitate mică, ei nu exercită niciun efect nociv, dar, când sunt în cantitate mare, pot deveni patogenici. Acțiunea patogenică este legată de capacitatea lor de a promova reacții oxidative cu formarea de radicali liberi cu putere oxidativă și promovarea reacțiilor inflamatorii la nivelul diferitelor țesuturi. Cele mai afectate țesuturi sunt țesutul conjunctiv din articulații, peretele muscular al vaselor de sânge și glomerulii renali. Astfel, glicotoxinele au fost făcute responsabile de bolile de la vârsta înaintată precum diabetul, angiopatia și retinopatia diabetică sau osteoartritele. Pentru o mai bună înțelegere a efectului nociv al glicotoxinelor, este bine să menționez experiențele făcute pe rozătoare care au primit o dietă bogată în glicotoxine și care apoi au dezvoltat mai repede ateroscleroză și boli renale. Tot în laborator s-a experimentat că o dietă cu puține glicotoxine previne bolile vasculare, renale, diabetul de tip I și II, îmbunătățește sensibilitatea la insulină și accelerează vindecarea rănilor. S-a mai constatat că această dietă săracă în glicotoxine conduce la prelungirea vieții animalelor de laborator. Când astfel de experiențe s-au făcut pe oameni, s-a constatat că dieta săracă în glicotoxine reduce markerii stresului oxidativ din sânge și pe cei ai inflamației, ceea ce a atras atenția asupra rolului lor în procesul de îmbătrânire și a bolilor contigente cu creșterea în vârstă.

În Tabelul 3 sunt date alimentele care favorizează procesele inflamatorii și cele care previn procesele inflamatorii. Citind acest tabel, mulți vor fi decepționați, pentru că vor constata că alimentele care intră în compoziția celor mai plăcute mâncăruri sau a celor mai des utilizate sunt și cele care favorizează inflamația.

Tabelul 3. Alimente care favorizează şi care opresc inflamaţia cronică

Alimente care favorizează inflamaţia	Alimente care combat inflamaţia
Pâine şi alte produse de panificaţie din faină albă	Fructe de culoare roşiatică (cireşe, vişine, căpşuni, mure, fragi, zmeură, struguri, portocale, grapefruit, rubarbă, avocado, papaya, pomuşoare, mango etc.), lămâi, kiwi, banane, prune, piersici, caise, mere
Prăjituri	
Biscuiţi, waffle	Cartofi dulci
Fulgi de cereale (cu excepţia fulgilor de ovăz)	Mazăre şi fasole cu bobul mic
Mămăliga şi alte produse din făină de mălai, floricele de porumb	Fasole şi mazăre verde păstăi
Cartofi prăjiţi, piure de cartofi, cartofi fierţi	Conopidă, varză, broccoli, morcovi, ţelină, ridichi, sparanghel, castraveţi, vinete, pătrunjel
Sucuri de fructe produse industrial	Ardei graşi roşii
Brânzeturi tari de tip caşcaval	Spanac, andive, salată, lobodă, urzici, ştevie
Produse de fast-food (burger, hot-dog), pizza etc.	Măsline
Îngheţată	Ouă organice, cu Omega-3
Gemuri şi dulceţuri produse industrial	Carne albă (piept) de pasăre, carne de vânat, carne de vacă slabă sau de viţel, miel slab
Margarină	Peşte de apă sărată (somon, macrou, sardine, heringi, cod)
Orez alb	Peşte de apă dulce, sălbatic (păstrăv, ştiucă, biban, şalău)
Zahăr şi produse pe bază de zahăr	Ulei de măsline virgin, ulei de rapiţă, ulei de cocos
Tacos şi tortillas	Nuci, seminţe de in, seminţe de floarea-soarelui, seminţe de dovleac, alune de pădure, susan
Carne de porc, peşte de crescătorie, icre	Orez brun sau basmati, quinoa, ovăz

Alimente care favorizează inflamația	Alimente care combat inflamația
Carne procesată/mezeluri	Fasole cu bobul mic, mazăre cu bobul mic, năut
Alune americane	Lapte degresat, iaurt natural și kefir, brânzeturi moi (caș, brânză de vaci, feta)

Recomand ca o dietă bazată pe alimentele antiinflamatorii să fie un deziderat permanent și astfel să conducă treptat la schimbarea dietei obișnuite într-una nouă, antiinflamatorie. Această schimbare nu se poate face dintr-o dată. De exemplu, dacă aveai obiceiul să mănânci carne de porc, încearcă să o înlocuiești treptat cu piept de pui sau de curcan, dacă mâncai pește de apă dulce, poți să începi să-l înlocuiești treptat cu pește de mare precum somon sălbatic (nu de crescătorie), sardine, macrou și heringi sau pește de apă dulce, dar sălbatic, precum știuca, păstrăvul sau șalăul. La fel, începe să reduci pâinea albă și să o înlocuiești cu cea cu fibre, din tărâțe sau graham, dar nu mai mânca mămăligă, floricele de porumb sau fulgi de cereale făcuți din făină de porumb, nici biscuiți sau alte produse făcute din făină albă; poți folosi cu moderație pastele făinoase, mai ales cele făcute din făină integrală. Nu folosi ulei de soia sau de floarea-soarelui sau folosește-l doar o dată la prăjit, folosește în schimb uleiul de măsline extravirgin sau de rapiță, înlocuiește margarina cu untul proaspăt, încearcă să eviți cât mai mult înghețata, gemurile sau dulcețurile din comerț, deoarece sunt îndulcite cu sirop de porumb, produs foarte toxic pentru organism. Cât privește brânzeturile, înlocuiește brânzeturile tari, precum cașcavalul, cu cele mai moi, ca brânza de vaci, cașul sau feta, nu uita de iaurtul natural, fără fructe. Încearcă să mănânci cât mai multe vegetale și fructe proaspete, mai ales vegetale sub formă de frunze sau ciuperci, alege vegetalele și fructele care au culori care merg spre roșu; înlocuiește cartoful obișnuit cu cartoful dulce; în schimb, poți mânca fasole boabe, linte, cușcuș, orez brun, quinoa. Poți încerca la fel să înlocuiești prăjiturile cu fructe proaspete, mai

ales cu cele roșii, și cu compoturile de fructe făcute în casă, cafeaua cu ceaiul verde și băuturile tip cola sau apă minerală, cu apă plată. Altă sugestie este să mănânci în fiecare zi câțiva mieji de nucă, aliment care are un conținut foarte ridicat de Omega-3. Uită-te pe internet, o să găsești o mulțime de rețete culinare inspirate din dieta antiinflamatorie, tu însă ține mereu în minte teoria care stă la baza acestei diete și cu ajutorul tabelului din anexă poți să-ți prepari propriile rețete culinare.

Dieta antiinflamatorie nu este o problemă de „da“ sau „nu“, este o invitație perpetuă de a adapta obiceiurile alimentare, mai ales odată cu înaintarea în vârstă, conform unor principii de nutriție care să protejeze organismul de factorii care conduc la o bătrânețe prematură sau la condiții de sănătate care reclamă vizita la doctor și luarea de medicamente. Putem avea și zile în care mâncăm după gusturi, după pofte, după ce ni se servește la masă când suntem invitați undeva. Aceasta nu înseamnă că faci o mare greșeală. A fi prea rigid în aplicarea unei diete reprezintă uneori a pierde din autenticitatea vieții, din luarea vieții așa cum vine. Și să-ți mai spun un secret, învață să nu te mai scoli de la masă sătul, mai lasă un pic de loc în stomac când termini de mâncat. Nu lega mâncarea de emoții, nu te apuca să mănânci doar pentru că nu ai altceva mai bun de făcut, nu mânca atunci când te uiți la televizor, pentru că nu ai controlul a ce și cât mănânci, fă din mâncare un fel de „fitness“ alimentar, adică cu program, cu rigoare și cu „sudoare“.

Dieta antiinflamatorie este doar o problemă care face parte dintr-un nou stil de viață care ne face să îmbătrânim frumos, stil pe care cartea aceasta îl recomandă cu fiecare pagină.

1.2.2. Dieta mediteraneeană

Cine nu a auzit de dieta mediteraneeană, cine nu a fost în Grecia și nu a mâncat spanakopita, tzatzichi, cine nu caută iaurt grecesc sau feta în magazinele alimentare, cine nu-și face salată cu ulei de măsline? Când călătorim prin lume, aproape că nu

este loc în care să nu găsim un restaurant grecesc care ne promite mâncărurile lor tradiționale. Aș putea spune că așa cum italienii au internaționalizat pizza și spaghetele, tot așa și grecii au internaționalizat „dieta“ lor alimentară căreia i-au spus „mediteraneeană“. Ce promite ea? Ne dă speranța că o să fim sănătoși, că o să arătam bine și mai ales că o să trăim mult. Fără să fi citit statistici care să confirme acest lucru, avem cu toții imaginea unor greci bătrâni, cu o vârsta imemorială, care stau tolăniți la umbra unor măslini milenari. Problema este că, într-adevăr, există dovezi științifice că „dieta mediteraneeană“ aduce beneficii sănătății. Există astăzi o pletoră a literaturii științifice care vrea să demonstreze beneficiile nutriționale ale alimentelor încorporate în această dietă.

Dieta mediteraneeană este o dietă izvorâtă din labirintul multicultural din jurul Mării Mediterane, absorbind tradițiile culinare locale și cele legate de religie ale diverselor popoare trăitoare de veacuri în jurul bazinului mediteraneean. Termenul de „mediteraneean“ a fost folosit pentru prima oară de soții Ancel și Margaret Keys în cartea lor din 1960 *How to Eat Well and Stay Well the Mediterranean Way* (Cum să mănânci bine și să o duci bine în modul mediteraneean).

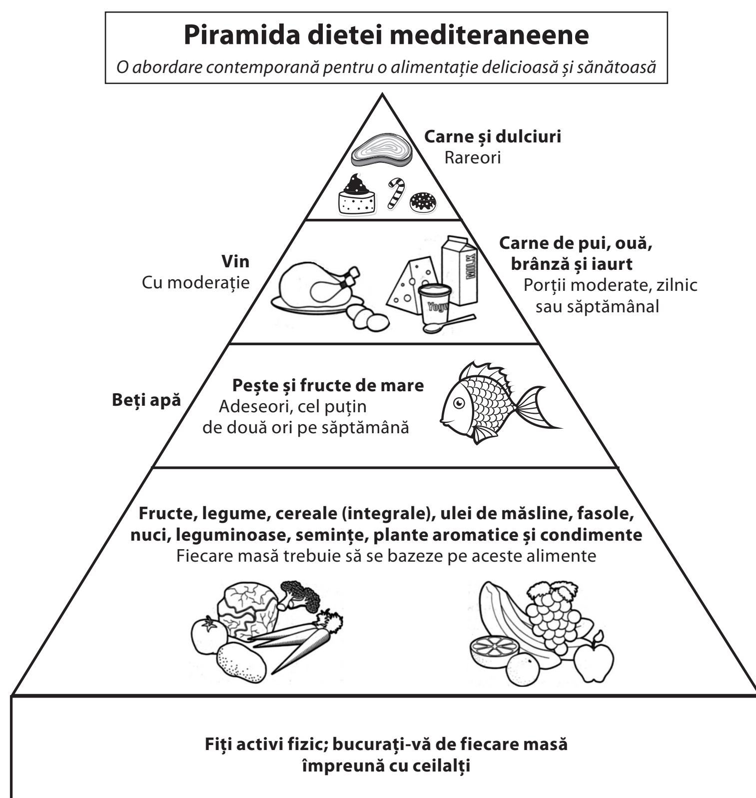
Originea dietei mediteraneene se pierde în istoria civilizației estice. Poate în asta rezidă și puterea ei de atracție! Evidențele despre dieta popoarelor vechi din jurul Mediteranei merg în urmă până în momentul când oamenii au început să cultive cerealele în Mesopotania. Există o asemănare între ceea ce se spune în vechile scrieri ebraice și dieta de astăzi a oamenilor din Creta. În Biblie se spune despre pământurile din Asia Mică, despre cele unde „curge lapte și miere“ și despre șapte alimente uzuale precum grâul, orzul, strugurii, smochinele, rodiile, măslinele și mierea. Dar dieta mediteraneeană nu însemnă neapărat să mănânci ca să-ți acoperi cheltuielile energetice, ci așa cum spunea Plutarh (46-120), istoric și biograf grec; *„Noi nu trebuie să ne așezăm la masă doar ca să mâncăm, ci ca să stăm împreună*“. În acea vreme, hrana și consumarea ei aveau semnificații religioase și comunitare spre deosebire de astăzi, când mâncatul în timp ce te uiți la TV, citești ziarul

sau te uiți în laptop exclude orice comunicare cu alții, în special cu familia.

Urmărind evoluția dietei oamenilor din timpurile vechi și până acum, constatăm că, în timp, profilul nostru genetic a rămas același, dar structura alimentației și stilul de viață s-au schimbat radical. Fibrele, fructele și vegetalele au fost înlocuite cu alimente procesate care conțin grăsimi trans și, astfel, nu ne mai mirăm că în Statele Unite există de trei ori mai multe decese din cauza cancerului și a bolilor coronariene decât în Creta sau alte insule grecești, în care alimentația a rămas aproape neschimbată de câteva milenii. Dacă istoria și religia popoarelor din jurul Mediteranei sunt diferite, tradițiile culinare și structura alimentației sunt aproape uniforme; se poate spune că practicile alimentare de aici reprezintă o fundație fermă care este responsabilă pentru bunăstarea fizică a celor ce trăiesc aici. Dar care este dieta oamenilor din insulele grecești?

Tradițional, dieta mediteraneeană are câteva caracteristici care în mare ar putea fi sumarizate în felul următor: nivel scăzut de grăsimi în general (sub 30%) , nivel scăzut de grăsimi saturate (sub 10%), consum moderat de alcool (în special vin), consum crescut de vegetale, legume, fructe și produse din cereale. Nu trebuie uitate cele șapte alimente biblice: grâul, orzul, strugurii, smochinele, rodiile, măslinele și mierea, la care se mai pot adăuga roșcovele, nucile. Raportul dintre grăsimile nesaturate Omega 6 și Omega 3 este de 2:1, în contrast cu raportul mult mai mare din țările vestice. La această structură de bază a dietei mediteraneene se mai adaugă produsele din lapte, în special iaurtul și brânza feta, ouăle, și doar mai apoi carnea, care este mâncată cu moderație, în special peștele și carnea de pui, mielul și oaia și foarte rar carnea de porc sau de vacă. Frecvența cu care se mănâncă anumite alimente a făcut ca dieta mediteraneeană să se prezinte ca o piramidă în care alimentele consumate zilnic sunt la bază și cele consumate din ce în ce mai rar sunt plasate din ce în ce mai aproape de vârful piramidei (vezi Figura 1).

Figura 1. Piramida dietei mediteraneene



Aş spune că s-a vorbit atât de mult despre dieta mediteraneană, încât s-a trivializat, încât este greu pentru cineva să știe dacă în spatele acestei avalanșe de rețete, de îndemnuri, există ceva științific sau doar interesele celor care publică cărți, ale celor care au website-uri și bloguri despre nutriție, sau ale nutriționiștilor „de ocazie". În cele ce urmează, eu o să încerc să aduc informații bazate pe dovezi științifice ce s-au publicat recent în cărți și reviste medicale.

Prima întrebare la care ar trebui să răspundem este dacă dieta mediteraneeană furnizează o alimentație adecvată, adică să aducă un optim de substanțe nutritive, nutrimente cum li se mai

spune, care să mențină organismul într-o stare de sănătate fizică și psihică, adică să împiedice instalarea acelor tulburări care sunt legate de o proastă alimentație. Cercetările asupra compoziției nutrimentelor din dieta mediteraneeană au arătat că ea se caracterizează printr-un raport mai bun dintre acizii grași nesaturați și cei saturați față de dieta tradițională din țările vestice. În plus, ea aduce mai multe fibre și antioxidanți, și o cantitate mai mică de zaharuri.

Pentru ca această dietă să aducă rezultate evidente, consumatorii trebuie să manifeste o aderență continuă față de dieta mediteraneeană, lucru care s-a dovedit a fi influențat de gradul de educație, de informare și de așteptările consumatorilor atunci când decid schimbarea obiceiurilor alimentare. Această aderență sau persistență de a o menține zi de zi se corelează cu reducerea riscului de mortalitate, cu incidența scăzută de boli cardiovasculare, diabet zaharat tip I și II, anumite tipuri de cancere, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, precum boala Parkinson sau boala Alzheimer. Problema aderenței la dieta mediteraneeană vine și din faptul că ea trebuie să fie încorporată într-un stil de viață și în câteva elemente culturale care-i dezechilibrează uneori pe cei care o contemplă. De exemplu, dieta mediteraneeană nu înseamnă numai prioritizarea unui grup de alimente, dar și accentul pe metodele de selecție, de preparare și consumare a acestora. Mai jos, încerc să punctez câteva dintre aceste aspecte care se pare că au contribuția lor la succesul acestei diete pentru sănătate și la bunăstarea oamenilor în general, și pentru persoanele în vârstă, în particular:

- convivialitatea, care înseamnă cordialitate, bonomie, amabilitate, toate puse în legătură cu procurarea alimentelor, cu gătitul lor, cu schimbul de rețete culinare, invitatul la masă sau împărtășitul mâncării gata gătite cu alții, suportul reciproc în menținerea dietei;
- activități culinare legate de ritualurile religioase și ceremoniile și sărbătorile familiale și de grup;
- legarea dietei de preocupările de ecodiversitate și protecție ecologică, încorporarea ei într-o narațiune care vorbește

despre „organic“ și „natural“, despre „tradițional“ și „local“; legarea ei de sentimentul de apartenență la ceva anume;

– activitatea fizică moderată, de cel puțin 30 de minute pe zi, care presupune mersul pe jos, practicarea activităților domestice în mod nemijlocit, fizic, fără ajutor din exterior, activități recreative împreună cu alții, practicarea de sporturi în aer liber.

Se știe că bolile cardiovasculare sunt cauza principală de morbiditate și mortalitate peste tot în lume. După Organizația Mondială a Sănătății, în anul 2008 au murit de aceste boli 17 milioane de oameni și se prevede, dacă nimic favorabil nu se petrece, ca acest număr să crească la 25 de milioane în 2030. Dintre toate cauzele posibile ale acestei „epidemii“, stilul de viață sedentar, proasta dietă, fumatul și excesul de alcool sunt trecute primele pe listă. Dieta mediteraneeană este trecută printre lucrurile care ar schimba în bine acest deznodământ, lucru constatat încă din 1986 de un studiu, de acum celebru și care a generat 10 cărți și zeci de articole de analiză, făcut în șapte țări de Ancel Keys, de la Universitatea din Minnesota, și colaboratorii săi, care a arătat că incidența bolilor coronariene a fost semnificativ mai scăzută la populația din Creta comparativ cu populația din Europa. Mai târziu, în 2004, studiul *The Healthy Ageing: A Longitudinal study in Europe (HALE)* care a cuprins un eșantion de 2339 oameni aparent sănătoși din mai multe țări din Europa, care utilizau dieta mediteraneeană, a evidențiat că o aderență crescută la această dietă este asociată cu reducerea riscului de boli cardiovasculare cu 39% într-o perioada de 10 ani.

Recent, în 2010, Francesco Sofi și colaboratorii săi de la Universitatea din Florența, Italia, publică o analiză care a cuprins alte opt studii făcute între 1995 și 2009 despre beneficiile dietei mediteraneene. Aceste opt studii au strâns laolaltă 534.064 de indivizi, un număr impresionant care dă credibilitate analizei și care a arătat că creșterea aderenței la dietă conduce la scăderea mortalității generale cu 8% și a celei prin boli cardiovasculare cu peste 10%. Acest rezultat este în concordanță cu diverse studii epidemiologice efectuate de-a lungul timpului și cu observațiile

empirice care arată o mortalitate mai scăzută la populația din jurul Mediteranei. Astfel, Genevieve Buckland și Antonio Agudo de la Institutul Catalan de Oncologie din Barcelona, Spania, trec în revistă 21 de studii epidemiologice și constată că creșterea aderenței la dieta aceasta conduce la reducerea mortalității generale cu 20%. Această reducere este în cea mai mare parte atribuită reducerii mortalității prin boli cardiovasculare și mai puțin a cancerelor. Când acești cercetători au studiat relația cu componența dietei, ei au constatat că consumul unei cantități mari de fructe, vegetale, ulei de măsline și la care se adaugă cu moderație și un pahar de vin sunt ingredientele care au avut cea mai mare contribuție la acest rol protectiv. Acest efect protectiv mai poate fi atribuit și dietei bogate în fibre, antioxidanți, precum și raportului favorabil dintre lipidele saturate și nesaturate.

Repet încă o dată, efectele benefice ale dietei mediteraneene depind de aderența celor care o practică la această dietă, respectiv cât de mult și de corect o aplică.

Cât privește rolul uleiului de măsline, pe care toată lumea îl cunoaște, el este dat de compoziția sa bogată în acizi grași nesaturați și polifenoli, cu rol în protecția față de ateroscleroză, boli cardiovasculare, inflamație cronică și tulburări neurodegenerative. Un studiu recent făcut în Spania pe mai mult de 40.000 de participanți a relevant că, într-o perioadă de urmărire de 13 ani, la cei care au avut în dietă în mod regulat ulei de măsline s-a redus incidența bolilor cardiovasculare cu 44% și cu 26% mortalitatea generală. Un supliment zilnic de ulei de măsline extravirgin împreună cu mieji de nucă reduce într-o măsură semnificativă presiunea arterială, rezistența la insulină, profilul lipidelor sangvine și nivelul mediatorilor inflamației comparativ cu cei a căror dietă este doar săracă în grăsimi.

Mai multe studii epidemiologice au identificat corelația care există între cei care țin această dietă cât mai strict și nivelul scăzut de tulburări cognitive la vârsta a treia, precum stări predemențiale sau demențiale. Interesant este și că, după câțiva ani de dietă mediteraneeană, oamenii cărora li s-a testat funcția cognitivă prezintă

o memorie mai bună și mai puțini indici de declin cognitiv decât ceilalți indivizi de aceeași vârstă, mai ales dacă în dietă a fost adăugat și uleiul de măsline extravirgin. Avantajul dietei bogate în ulei de măsline este dat de capacitatea acestuia de a combate inflamația, lucru dovedit la indivizii obezi care au avut în sânge un nivel crescut de proteină C-reactivă. La fel, dieta cu fructe și legume aduce mulți antioxidanți, caroten, vitamine, fibre și magneziu, ingrediente capabile să reducă nivelul mediatorilor inflamației din sânge, precum proteina C-reactivă.

În mod tradițional, mâncarea mediteraneeană se gătește la tigaie, la foc mic și cu ulei de măsline. Atât carnea, peștele sau legumele se prăjesc în acest ulei, la foc mic, fără să li se distrugă structură fibroasă. Există și cazul când ingredientele sunt prăjite la tigaie separat și apoi puse laolaltă după care se adaugă ulei de măsline crud, feta și măsline.

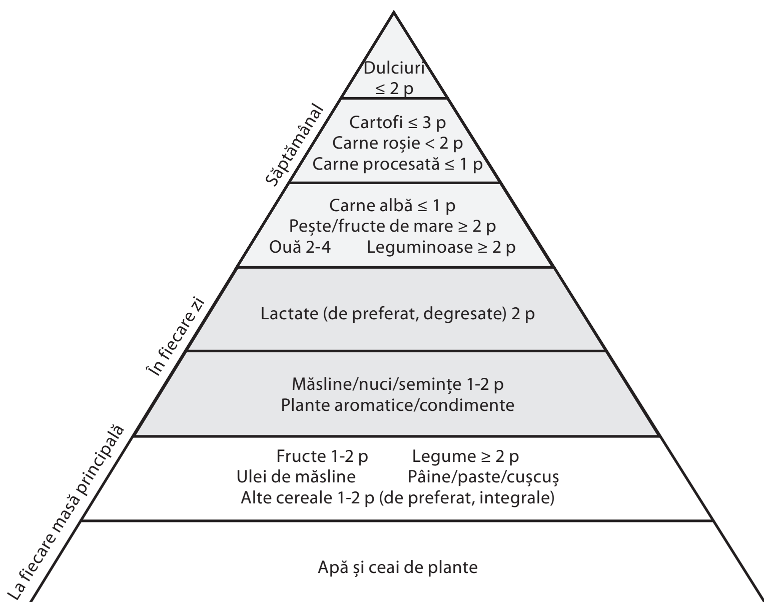
În 2011, Anna Back-Faig de la Fundația de Dietă Mediteraneeană din Barcelona împreună cu un grup de nutriționiști reputați din Israel, Franța, Spania, Italia și Maroc au prezentat versiunea actuală a cunoscutei „piramide" a dietei mediteraneene, adică o versiune adaptată stilului de viață a omului de astăzi. Mai jos prezint pe scurt prezentarea piramidei de către această Fundație împreună cu fotografia acestei piramide pe care ea o propune.

Dieta mediteraneeană și stilul actual de viață

Ce spune fundația care promovează această dietă pe plan mondial? În primul rând, piramida reflectă schimbările în stilul de viață al omului modern și mai ales al celui care trăiește în zona Mediteranei. Ea va face obiectul unor revizii periodice pentru a o aduce la zi, adică pentru a fi în pas cu schimbările sociale și culturale din această zonă. Cu toate acestea, piramida va ține cont totdeauna de moștenirea culturală specifică ce se reflectă în această dietă.

În al doilea rând, dieta mediteraneeană poate fi ținută de orice persoană între 18 și 80 ani și poate fi adaptată la nevoile specifice ale unei persoane în funcție de condițiile de sănătate ale acesteia. Ea este un mijloc de a adopta și susține un stil de viață sănătos.

Figura 2. Piramida dietei mediteraneene conform Fundației Dieta Mediteraneeană din Barcelona; p, porție.



Care sunt elementele dietei mediteraneene

În această secțiune, sunt prezentate elementele-cheie pentru alegerea alimentelor, atât cantitativ, cât și calitativ, indicând proporțiile și frecvența consumului pentru grupele de alimente din care este constituită dieta mediteraneeană. Modelul promovat de Fundația Dietei Mediteraneene de la Barcelona include toate grupele de alimente și este numai o problemă de alegere a lor și a felului de a găti aceste alimente, precum și a frecvenței adecvate și a cantităților de mâncare pentru ca această dietă să fie sănătoasă.

Există o mare varietate de alimente în această piramidă, ceea ce face să se înlăture posibilitatea unui deficit nutritiv la cei care o urmează. De fapt, s-a constatat că aderența la această dietă este asociată cu o mai bună nutriție în comparație cu „dieta" vestică. Plantele sunt plasate la baza piramidei. Ele furnizează

nutrimentele, fibrele și toate substanțele care contribuie la bunăstarea generală, sațietate și menținerea unei diete echilibrate, astfel încât ele pot fi consumate în cantități mari. Acest nucleu al dietei mediteraneene este cel care previne multe dintre bolile cronice și conduce la controlul greutății.

Desenul urmărește modelul de frecvență și cantitate al alimentelor, la bază fiind alimentele care susțin dieta din punct de vedere nutritiv și energetic, iar spre vârf alimentele care trebuie mâncate în cantități moderate precum cele de origine animală sau cele bogate în grăsimi sau zahăr, sau cele care pot fi mâncate doar ocazional.

Masa are un rol esențial în dieta mediteraneeană și, astfel, importanța mesei și a compoziției ei este accentuată în această nouă reprezentare grafică. O compoziție echilibrată a mesei principale trebuie să includă fructe, vegetale și cereale, completată cu o cantitate mai mică de alimente energetice din alte plante sau produse care sunt sursă de proteine.

Piramida reprezintă astfel ghidul dietei zilnice, săptămânale și ocazionale cu scopul de a ține o dietă sănătoasă și echilibrată.

În fiecare zi:

1. Masa principală ar trebui să conțină cele trei elemente de bază care pot fi mâncate într-o zi:
    1.1. cereale: una sau două la o masă sub formă de pâine, paste, orez, cușcuș sau altele; preferabil din făina integrală pentru că, prin cernere, se înlătură fibrele și alte nutrimente importante (magneziu, fier, vitamine etc.);
    1.2. vegetale: două sau mai multe la o masă cu scopul de a asigura vitaminele și mineralele necesare pentru o zi; cel puțin una dintre ele ar trebui să fie consumată crudă (o vegetală crudă pe zi);
    1.3. fructe: una sau două la o masă, cel mai adesea ca desert. Se subliniază conceptul de „*varietate în culori și texturi*“, în cazul fructelor și al vegetalelor, cu scopul unui aport variat de antioxidanți și alți compuși protectivi;

2. Un consum zilnic de 1,5-2 litri de apă (echivalentul a 6-8 pahare) trebuie să fie garantat; o hidratare corectă este esențială pentru menținerea echilibrului hidric al organismului, deși nevoile pot varia în funcție de vârstă, activitate fizică sau condiții climaterice; apa ar trebuie consumată „la liber“, când apare senzația de sete, în timpul mesei sau în alte circumstanțe; în afară de apă, se mai recomandă ceai de plante sau fructe sau chiar ceai negru, fără zahăr;
3. Produsele lactate ar trebui să fie prezente în cantități moderate, servite de două ori pe zi, de preferință degresate, tradițional sub formă de iaurt, brânzeturi sau alte produse lactate fermentate; trebuie reamintit că ele sunt o sursă de grăsimi, dar totuși sunt importante pentru că reprezintă o sursă de calciu;
4. Uleiul de măsline este plasat în centrul piramidei și trebuie să fie principala sursă de grăsimi datorită calităților lui nutritive (acizi grași nesaturați și produși antioxidanți, în special la uleiul de măsline extravirgin); datorită proprietății lui de a fi stabil la temperaturi ridicate, el nu se transformă în grăsimi trans; uleiul de măsline este recomandat atât pentru gătit, cât și pentru salate; în mod tradițional, când sunt gătite cu ulei de măsline, vegetalele își sporesc valoarea nutritivă;
5. Măslinele, nucile și semințele sunt surse de grăsimi sănătoase, proteine, vitamine, minerale și fibre; un consum zilnic rezonabil din aceste produse poate reprezenta o gustare sau un aperitiv;
6. Condimentele, plantele aromatice (cimbru, oregano, pătrunjel, mărar, rozmarin etc.), usturoiul și ceapa introduc o varietate de gusturi și arome, fac mâncarea mai gustoasă și favorizează reducerea sării, reducere necesară din cauza rolului ei în producerea hipertensiunii arteriale; aceste ingrediente sunt utile și pentru că aduc micronutrimente și antioxidanți; de multe ori, ele dau identitate mâncărurilor mediteraneene;
7. Se recomandă respectarea obiceiurilor religioase (posturi, interdicții sau recomandări de anumite alimente) sau sociale (ceremonii, festivități), un consum moderat de vin sau alte

băuturi alcoolice fermentate în timpul mesei (un pahar pentru femei și două pahare pentru bărbați);

8. Activitate sau exerciții fizice zilnice, cel puțin 30 de minute/zi; încurajarea servirii mesei împreună cu alții, încurajarea conversației despre dieta mediteraneeană, schimburi de rețete, sugestii și alimente.

Săptămânal:

Consumarea unei varietăți de proteine de origine animală și vegetală este recomandată. Tradiția spune că în mod obișnuit mâncărurile mediteraneene nu conțin proteine de origine animală ca principal ingredient, ci doar ca sursă de gust.

1. Sursele de proteine animale pot fi: peștele și fructele de mare (de două sau de mai multe ori pe săptămână), carnea albă din piept de pasăre (de două ori) și ouăle (2-4 ori). Peștele și fructele de mare (creveți, calamari etc.) sunt sursele cele mai recomandate de proteine și grăsimi animale.
2. Consumul de carne roșie și de carne procesată (mai puțin de 2 ori pe săptămână) trebuie să fie în cantități mici din cauza asocierii acestui consum cu apariția bolilor cronice și cancere.
3. Combinația de legume (mai mult de 2 ori) și cereale este o sursă sănătoasă de proteine și grăsimi vegetale și poate fi considerată ca o alternativă la carnea roșie.
4. Cartofii sunt incluși aici, în jur de 3 ori pe săptămână, ca parte a rețetelor tradiționale cu carne sau cu pește. Ei trebuie consumați cu moderație pentru că au un conținut mare de glucide; trebuie evitați cartofi prăjiți pentru că conțin grăsimi trans.

Ocazional:

În vârful piramidei sunt plasate alimentele bogate în zaharuri și grăsimi saturate. Zaharurile, dulciurile, aluaturile sau sucurile de fructe îndulcite sau băuturile carbogazoase dulci trebuie consumate în cantități foarte mici și doar cu anumite ocazii. Aceste alimente sunt hipercalorice și periculoase pentru că favorizează

inflamația cronică, diabetul, îmbătrânirea celulară sau bolile cardiovasculare.

În anul 2010, dieta mediteraneeană a fost inclusă de către UNESCO în tezaurul cultural care trebuie transmis și păstrat cum se cuvine, ca moștenire culturală și istorică trecută nealterată prin veacuri. Această recunoaștere a dus la o vizibilitate și acceptare crescută peste tot în lume ca un regim alimentar care garantează o viață sănătoasă și lungă.

Dieta mediteraneeană este un set de abilități, cunoștințe, practici și tradiții care merg de la mediul natural și comunitate până în piață, în cămară, în bucătărie și în jurul mesei. Ea se corelează cu prevenția bolilor cronice, cu reducerea morbidității bolilor cronice cu apariție legată de vârstă, cu creșterea longevității, cu sporirea calității vieții și cu jovialitatea și convivialitatea atât de necesare omului modern.

Dieta mediteraneeană se înscrie într-un stil unic de viață, determinat de climatul și spațiul mediteraneean, care valorifică atât o moștenirea istorică, cât și descoperiri moderne de nutriție, de profilaxie a bolilor într-o celebrare firească a naturii, a roadelor pământului, a recoltatului, a pescuitului, a conservării, preparării și, în special a gătitului, a servitului și a împărtășitului cu alții.

Dieta mediteraneeană este o preocupare și o sărbătoare de toată viața, ea îți înseninează viața pentru că te ajută să descoperi alte înțelesuri ale mâncatului, să descoperi moderația și umilința consumării roadelor pământului.

1.2.3. Dieta DASH pentru prevenirea hipertensiunii arteriale

Dieta DASH (abrevierea cuvintelor englezești *Dietary Approaches to Stop Hypertension*) este o dietă construită și promovată de Institutul Național al Inimii, Plămânului și Sângelui, care este parte a Institutului Național al Sănătății din SUA, cu scopul de a preveni și controla hipertensiunea arterială. Dieta se bazează

pe fructe, vegetale, cereale integrale, lactate cu conținut scăzut în grăsimi, dar include și pește și carne de pasăre, nuci, semințe, fasole, broccoli și alte vegetale. Ea presupune evitarea pe cât posibil a zaharurilor rafinate și a cărnii roșii și a celei procesate. Această dietă este recomandată de Departamentul de stat al Agriculturii prin programul de educație alimentară numit *2010 – Dietary Guidelines for Americans* (2010 – Ghidurile Alimentare pentru Americani). În ianuarie 2016, DASH a fost dieta nr. 1 în clasamentul dietelor „în general“, pe locul 2 la dietele pentru diabet și a treia la dietele pentru inimă dintr-un total de 38 de diete testate, clasament publicat în US New & World Report.

Începând din august 1993 și până în iulie 1997, Institutul Național al Inimii, Plămânilor și Sângelui din SUA a întreprins un studiu multicentru la care au participat cinci universități și centre de cercetare prestigioase din SUA, referitor la modelul de alimentație care poate preveni și combate hipertensiunea arterială și bolile coronariene. Studiul a cuprins 8813 indivizi. Pe baza rezultatelor acestui studiu s-a conceptualizat dieta DASH ca o dietă bazată pe un conținut bogat în fructe și vegetale, lactate cu conținut scăzut în grăsimi, cu conținut bogat în fibre și în proteine aduse de pește, carne de pasăre și fasole și cu conținut de acizi grași nesaturați din nuci. Această dietă a fost concepută astfel încât să fie ușor tolerată și să nu aducă restricții prea mari care să influențeze aderența oamenilor la ea. Dieta DASH aduce o cantitate variată de energie, între 1600 și 3100 cal/zi, însă nucleul dietei este în jurul unui plan cu 2000 cal/zi.

Această dietă a fost evaluată global și nu în funcție de fiecare ingredient în parte. S-a constatat că dieta DASH reduce presiunea arterială la persoanele care au valori la limita de sus a normalului, dar reduce mult mai substanțial valorile tensiunii arteriale la cei care au valori mari, patologice. De exemplu, la persoanele care au deja hipertensiune arterială, dieta reduce presiunea sangvină sistolică cu peste 10 mm Hg și cea diastolică cu peste 5 mm Hg. Această dietă conduce și la scăderea lipoproteinelor de densitate scăzută (colesterolul „rău“) și, astfel, face profilaxia bolilor coronariene.

În afară de efectul antihipertensiv, dieta mai prezintă un puternic efect antioxidant, normalizează raportul grăsimilor din sânge și are efect benefic asupra litiazei renale, în special asupra calculilor celor mai des întâlniți, adică cei formați din oxalat de calciu.

Foarte interesant a fost că această dietă s-a dovedit eficientă și pentru prevenirea declinului cognitiv la oamenii în vârstă. Un studiu prospectiv, făcut de-a lungul a 4,1 ani, cuprinzând 826 de participanți cu vârsta medie de 81,5 ani, efectuat în cadrul Proiectului Memoriei condus de Departamentul de Nutriție Clinică și Epidemiologie Nutrițională a Universității de Medicină din Chicago, SUA, a arătat că acei indivizi care urmează dieta DASH au o deteriorare cognitivă consecutivă vârstei mai mică decât oamenii de aceeași vârstă, dar cu un regim alimentar obișnuit. Cu alte cuvinte, cei care urmează dieta DASH beneficiază de reducerea denivelării cognitive pe care vârsta o aduce în mod treptat. Mecanismul prin care această dietă influențează declinul cognitiv este necunoscut, dar totuși se presupune că acest efect este legat de capacitatea antiinflamatorie a acestei diete.

Există două variante ale dietei DASH în funcție de conținutul în sare: i) dieta DASH comună, cu un conținut de 2,3 g de sare pe zi și ii) dieta DASH cu conținut scăzut de sare, care presupune un conținut maxim de sare de 1,5 g/zi. Această din urmă dietă are un pronunțat efect antihipertensiv și este recomandată de Asociația Americană de Cardiologie pentru indivizii care suferă deja de hipertensiune arterială și care au risc cardiovascular, pe când cealaltă este utilizată mai mult pentru a preveni apariția hipertensiunii arteriale.

Care sunt principiile dietei DASH?:

1. Reducerea sării din mâncare:
   - alege alimente proaspete și nu pe cele conservate;
   - evită să pui sare pe masă;
   - folosește, în schimb, condimente și ierburi diferite pentru a da gust mâncării;
   - limitează alimentele din conserve sau alege-le pe cele care nu au sare sau au puțină sare;

– redu cât de mult carnea procesată precum mezeluri, bacon, cârnați, pastramă, parizer etc.
– evită alimentele afumate.

2. Dobândirea unei greutăți normale în raport cu înălțimea (indexul de masă corporală):
   – redu caloriile prin alegerea alimentelor cu conținut scăzut în grăsimi;
   – mănâncă mai puțin cantitativ;
   – crește ponderea alimentelor bogate în fibre;
   – elimină toate obiceiurile alimentare nesănătoase;
   – fă exerciții fizice aerobice în mod regulat;
3. Consumarea de alimente bogate în potasiu, magneziu și fibre:
   – mănâncă cel puțin 4-5 porții de fructe proaspete și 4-5 porții de vegetale pe zi;
   – mănâncă citrice de 3-4 ori pe săptămână pentru conținutul lor de potasiu și fibre;
   – include nuci, alune de pădure, sâmburi diverși, fasole și mazăre de cel puțin 4 ori pe săptămână pentru conținutul lor în potasiu, magneziu, fibre și acizi grași nesaturați de tip Omega-3;
   – mănâncă roșii, banane, portocale și cartofi pentru potasiu;
   – mănâncă produse din cereale integrale pentru fibre și magneziu;
4. Includerea alimentelor care au conținut crescut de calciu:
   – lapte și produse lactate cu conținut scăzut de grăsimi (1-2%);
   – brânză de vaci și brânză feta slabă (sub 15% grăsimi);
5. Consumarea a minimum 2 litri de lichide pe zi;
6. Se evită:
   – cafeaua;
   – alcoolul;
   – băuturile acidulate;
   – dulciurile cu conținut ridicat de zahăr rafinat;
   – fumatul.

În Tabelul 4 vei găsi mai detaliat planul dietei DASH pe care să-l urmezi în cazul în care devii adeptul acesteia. Nu uita că efectul acestei diete, ca și al altora de altfel, se măsoară în perseverența cu care o urmezi.

Tabelul 4. Planul dietei DASH

Produs	De ales	De evitat
Cereale integrale (6-8 porții/zi) • 1 porție = o felie de pâine, sau • ½ –1 farfurie de orez, fulgi de cereale, sau • 1 farfurie de paste făinoase	Produse din cereale integrale (pâine, chifle, lipie) Paste făinoase din făină integrală Orez brun sau sălbatic Fulgi din cereale integrale Alte produse din cereale integrale	Produse din făină albă Orez semipreparat Paste făinoase Biscuiți Produse de patiserie
Vegetale și fructe (4-5 porții/zi) • 1 porție = o farfurie de vegetale sub formă de frunze, sau • ½ farfurie de vegetale gătite, sau • ¼ cană de fructe uscate • ½ cană de fructe proaspete • ½ ceașcă de suc de fructe proaspăt	Vegetale proaspete sau congelate (roșii, cartofi, morcovi, broccoli, spanac, salată, fasole, mazăre, conopidă etc.) Vegetale în conservă fără sare Sos sau suc de roșii fără sare Fructe proaspete (caise, banane, struguri, portocale, mandarine, grepfrut, pepene, mango, pere, mere, ananas, prune, căpșune, afine, zmeură etc.) Fructe conservate/compot fără adaos de zahăr Fructe în suc propriu Suc de fructe neîndulcit Fructe uscate fără adaosuri	Vegetale conservate cu adaos de sare Conserve de legume cu adaos de sare Sucuri de vegetale cu adaosuri de conservare Compoturi la conservă Varză murată
Lactate (2-3 porții/zi) • 1 porție = 1 cană de lapte, sau • 1 cană de iaurt • 50 g brânză feta sau brânză de vaci slabă	Lapte 1-2% grăsime Iaurt 1-2 % grăsime Brânză cu smântână 1-2% grăsime Feta cu mai puțin de 10% grăsime	Lapte integral Iaurt integral Brânzeturi procesate natural sau industrial

Produs	De ales	De evitat
Carne de pasăre, pește/proteine de origine animală (6 porții sau mai puțin) • 1 porție = 40 g carne gătită • 1 porție = 1-2 ouă albe	Pește Carne de pasăre fără piele Conserve de ton în apă Ouă (maximum 2 pe săptămână) Nuci, alune, sâmburi, neprăjite și nesărate Fasole, mazăre boabe	Carne roșie Carne grasă Slănină, bacon Salamuri, cârnați Conserve de carne Carne pane
Uleiuri și grăsimi alimentare	Margarină nehidrogenată și fără sare Ulei alimentar (măsline, rapiță, soia) Maioneză nehidrogenată Dressing pentru salată fără sare	Unt, untură și smântână Margarină Sosuri alimentare cu sare, grăsimi și conservanți Sosul de soia, teriyaki Sosuri salsa, taco etc.
Nuci, alune, sâmburi (4-5 porții/săptămână) • 1 porție = 40-50 g	Alune, nuci, sâmburi, mazăre, fasole uscată	
Dulciuri (mai puțin de 5 porții/săptămână) • 1 porție = o linguriță de zahăr • 1 linguriță de gem sau jeleu • 1 cană de limonadă sau suc de portocale	Gem fără adaos de zahăr Băuturi răcoritoare fără zahăr Aluaturi cu fructe fără adaos de zahăr	Băuturi acidulate (coca-cola etc.) Siropuri și băuturi cu adaos de zahăr Dulceață Compoturi cu zahăr Prăjituri din făină albă și zahăr, ouă, fructe îndulcite, siropuri

1.2.4. Dieta MIND pentru prevenirea bolii Alzheimer

În ultimile două decenii s-a conturat informația științifică că există o corelație între anumite diete și performanța cognitivă a indivizilor care le urmează. Mai de curând, studiindu-se efectele dietei mediteraneene și ale dietei DASH, de care am vorbit mai sus, asupra prevenției deteriorării funcționale cardiovasculare, s-a constatat că subiecții care făceau parte din loturile de voluntari

prezentau pe lângă îmbunătățirea funcției cardiace sau scăderea tensiunii arteriale și o îmbunătățire a funcției cognitive comparative cu cei care nu folosiseră astfel de diete. Și astfel, dieta mediteraneeană și dieta DASH au arătat că au efecte pozitive directe asupra cogniției la oamenii în vârstă. Problema care s-a ridicat apoi a fost să se deceleze ce anume principii, ce constituenți ai acestor diete, fac ca performanța cognitivă să rămână mult timp intactă la persoanele care le adoptă.

În anul 2012, o echipă de la Spitalul pentru femei din Boston, SUA, condusă de Eileen Devore, publică rezultatele unei cercetări întinse pe mai mult de două decenii prin care s-a identificat rolul protector al fructelor de pădure asupra denivelării cognitive la oamenii în vârstă. Începând din 1980, timp de patru ani, 16.010 participanți la acest studiu au răspuns la un chestionar referitor la modelul și structura alimentației lor curente. Apoi, între 1995 și 2001, li s-au măsurat funcțiile cognitive cu scopul de a se vedea dacă există o corelație între o anume structură alimentară și funcțiile cognitive și, astfel, s-a putut identifica faptul că cei care aveau în mod regulat o dietă care conținea fructe de pădure, în special coacăze, afine și căpșune, au avut o rată mai mică de declin cognitiv odată cu înaintarea în vârstă, comparativ cu ceilalți participanți la studiu.

Se știe că fructele de pădure au un conținut ridicat de flavonoizi, în special antocianide care, în studiile de laborator, au prezentat o influență pozitivă asupra cogniției atât la animalele de laborator, cât și la oameni. Subiecții care au participat la studiul menționat și care mâncau în mod obișnuit fructe de pădure au avut o întârziere în deteriorarea cognitivă dată de vârstă, de 2,5 ani. În final, autorii cercetării recomandau consumul a jumătate de cană de afine sau de coacăze crude în fiecare zi, cu scopul de a preveni apariția bolii Alzheimer.

Foarte recent, în anul 2014, prof. Martha Morris și colaboratorii ei de la Departamentul de Medicină Internă și Centrul Alzheimer de la Rush University Medical Center și Departamentul de Nutriție al Harvard School of Public Medicine, SUA, au publicat rezultatele a două cercetări care au testat o dietă hibridă, o combinație între dieta mediteraneeană și dieta DASH pe care au numit-o MIND

de la abrevierea cuvintelor *Mediteranian-DASH Intervention for Neurodegenerațive Delay* (Efectul dietelor mediteraneeană și DASH în întârzierea apariției tulburărilor neurodegenerative). Așa cum o arată și numele, este o dietă presupus a avea o eficiență neuroprotectivă asupra celulelor creierului, exercitând o prevenție efectivă față de demență. Această dietă este bazată pe o alimentație din plante naturale, consum redus de produse animaliere la care se adaugă un consum crescut de fructe de pădure.

Studiul de mai sus a cuprins 923 de indivizi între 58 și 98 de ani și a constat într-un interviu despre practicile alimentare, cu 154 de întrebări, iar performanța cognitivă a fost măsurată cu 19 teste cognitive. Unii dintre participanții la studiu au urmat o dietă mediteraneeană, alții dieta DASH, iar alții o dietă care să conțină ingrediente din dieta MIND compusă din frunze verzi de vegetale, alte vegetale, fructe de pădure, nuci, produse din cereale integrale, carne de pasăre și pește, lactate, dar fără brânzeturi, fasole, ulei de măsline și vin în cantități moderate. Ei au fost împărțiți în funcție de aderența la una dintre aceste diete și apoi s-a făcut corelația cu rezultatele testelor cognitive. Apoi autorii au construit un scor care să exprime cantitativ eficiența dietei asupra cogniției. Astfel, scorul dietei MIND a arătat o încetinire a ratei de declin cognitiv, oamenii care au folosit-o având o întârziere a declinului cognitiv de 7,5 ani, cu alte cuvinte ei erau din punct de vedere cognitiv cu 7,5 ani mai tineri decât ar fi fost dacă ar fi avut o dietă comună. Dar foarte încurajator a fost faptul că dieta MIND s-a corelat cu o reducere cu 53% a riscului de boală Alzheimer. Chiar și o aderență mai scăzută la modelul acestei diete a redus acest risc la 35%. Prof. Martha Morris spunea că „*dieta MIND reflectă faptul că nutrimentele care sunt conținute în ea încetinesc declinul cognitiv, scad riscul de boală Alzheimer, scad amiloidul din creier și pierderea neuronală și descresc stresul oxidativ și inflamator*". Această dietă furnizează: i) vitamina E, care se găsește în nuci, uleiul de plante, sâmburi, frunze verzi și care este un antioxidant puternic ce este asociat cu sănătatea creierului, ii) acizi grași nesaturați Omega-3, care se găsesc în pește și care sunt constituenți foarte importanți ai creierului

uman, iii) o multitudine de vitamine din grupul B, precum și acid folic, vitamina C și D. Toate aceste cercetări arată că vegetalele sunt un important factor alimentar care reduc declinul cognitiv, în special frunzele vegetale precum cele de spanac, kale, salată, când sunt consumate 6 zile pe săptămână. Fructele, care sunt recomandate în celelalte diete, nu sunt pe primul plan în dieta MIND, cu excepția fructelor de pădure. Morris spune că nu s-a găsit nicio corelație între declinul cognitiv și consumul de fructe în general, doar fructele de pădure precum afinele, coacăzele și căpșunele au arătat o influență notabilă în protejarea față de declinul cognitiv. Evitarea brânzeturilor, a lactatelor cu concentrație mărită de grăsimi este, la fel, foarte importantă.

Aceeași echipă a făcut un studiu similar în 2015 care a cuprins 1545 de subiecți de peste 70 de ani și a testat din nou eficiența dietei MIND asupra cogniției și în prevenția boli Alzheimer. Acest studiu a plecat și de la rezultate obținute pe modele animale, studii de laborator, studii epidemiologice prospective care au indicat care sunt nutrimentele, alimentele și modelele alimentare cu eficiență asupra sănătății creierului și în prevenția demenței. Pe baza acestui studiu, dieta MIND a căpătat o formă definitivă care cuprinde o grupă de alimente de folosit și una de evitat. Conform autorilor acestei diete, aceste alimente se distribuie astfel:

1. Zece alimente de folosit:
   - frunze verzi de vegetale (de exemplu, spanac, salată etc.) cel puțin de șase ori pe săptămână
   - alte vegetale – cel puțin o dată pe zi
   - nuci – mai mult de cinci ori pe săptămână
   - fructe de pădure – cel puțin de două ori pe săptămână
   - fasole – cel puțin de două ori pe săptămână
   - cereale integrale – cel puțin de trei ori pe săptămână
   - pește – mai mult de o dată pe săptămână
   - carne de pasăre sau curcan – cel puțin de două ori pe săptămână
   - ulei de măsline – principalul agent de gătit
   - vin – un pahar de vin pe zi.

2. Cinci alimente de evitat:
   - carnea roșie – mai puțin de două ori pe săptămână
   - unt și margarină – mai puțin de o linguriță pe zi
   - brânză – mai puțin de o dată pe săptămână
   - dulciuri și produse de patiserie – mai puțin de trei pe săptămână
   - „fast food" și prăjeli – mai puțin de o dată pe săptămână.

S-a constatat că există tentația multor oameni de a împrumuta câte un lucru de la o dietă și altul de la altă dietă și, astfel, în funcție de gusturi și alte „subiectivisme" să-și alcătuiască propria dietă. În principiu, acesta este un lucru rău pentru că dietele pe care le-am prezentat în această carte sunt alcătuite conform unor studii riguroase. Ceea ce rămâne adevărat este că nu există un singur nutriment sau o anume substanță dintr-o alimentație care să aibă valoare certă, ci doar în combinație cu altele. Aceasta este exact ceea ce Jennifer Lemon și colaboratorii săi de la Departamentul de Medicină Fizică, de la McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada, au demonstrat, respectiv că o combinație de nutrimente, vitamine și minerale precum beta-caroten, bioflavonoide (de la fructele de pădure), ulei de ficat de cod, semințe de in, usturoi și extract de ceai verde a menținut numărul celulelor cerebrale și funcțiile cognitive, emoționalitatea și funcțiile perceptive la animalele de experiență. Acest tip de cercetări a creat entuziasmul că aceleași efecte s-ar putea obține și la oameni. Se știe că metabolismul uman este mult mai complicat decât la animalele de experiență și că transportarea simplistă a rezultatelor experimentelor de la animale la om nu este urmată de aceleași efecte pozitive. De exemplu, utilizarea acizilor grași Omega-3, un alt supliment cu rol în prevenția declinului cognitiv, ține de prezența unei anumite constelații genetice individuale și de prezența vitaminelor din complexul B și a homocisteinei, un aminoacid. Toate aceste descoperiri au evidențiat că administrarea globală a suplimentelor și a nutrimentelor nu poate fi o soluție, ci doar dozarea lor în diferite proporții în funcție de biologia unui individ. Aceasta se numește astăzi „*medicină de precizie*", iar aceste suplimente se numesc

„substanțe nutriceutice“, tot așa cum medicamentele se numesc generic substanțe farmaceutice. În final, grupul de cercetători a arătat că utilizarea de combinații de suplimente este mai benefică decât administrarea lor separată și aceasta justifică mai curând adoptarea dietelor, care furnizează un complex de substanțe nutriceutice, decât luarea lor separat, sub formă de suplimente, prin procurarea lor de la magazinele sau farmaciile care le comercializează.

1.2.4. Suplimentele cu nutrimente, vitaminele, fibrele și mineralele

A devenit un lucru comun să vedem răsărind în zonele centrale, în spații comerciale mari precum mall-uri, magazine care vând produse naturiste, suplimente și alte produse pentru o nutriție sănătoasă etc. Dar și în farmacii a apărut o zonă unde se văd aceste produse care sunt recomandate cu căldură. Alături de acestea, sunt așa-zisele produse fitoterapeutice, adică de origine vegetală pe care le folosește „medicina alternativă“, adică medicina care nu utilizează medicamentele produse prin sinteză chimică. Există astăzi o credință din ce în ce mai răspândită că aceste produse fitoterapeutice și suplimentele alimentare reprezintă o modalitate naturală, firească, nedăunătoare, de a trata și preveni boli. În capitolul de față, o să prezint ce suplimente, vitamine, minerale sau alte produse de origine vegetală sunt recomandate să fie adăugate în programul pe care-l recomand pentru o bătrânețe fericită.

1.2.4.1. Suplimentele cu nutrimente

Prin suplimente se înțelege în nutriție o serie de produse organice, de origine vegetală sau animală, și anorganice, care sunt recomandate să fie adăugate în dieta zilnică sau săptămânală pentru că se crede că ele aduc nutrimente care nu se găsesc sau se găsesc în cantități foarte mici în produsele alimentare pe care un individ le mănâncă în mod uzual. În această clasă s-ar introduce și vitaminele sau mineralele, dar eu am preferat să fac o distincție între

suplimentele cu nutrimente, care au o compoziție mixtă, complexă, și vitamine sau minerale, care au o compoziție relativ bine circumscrisă și denumiri specifice ale substanțelor pe care le conțin.

Dacă să folosim sau nu suplimentele este o chestiune încă în dezbatere. Unii încă susțin că consumul de suplimente este o risipă de bani și că ele sunt încurajate și produse de o industrie care nu are reguli și nu este sub controlul suficient al statului. Pe de altă parte, sunt nutriționiști care le recomandă cu entuziasm.

Părerea mea este că suplimentele nu înlocuiesc alimentele și o dietă sănătoasă, dar pot adăuga nutrimente și micronutrimente care sunt, din varii motive, în cantitate insuficientă în alimentație, de exemplu antioxidanți sau fitonutrimente, adică nutrimentele care se găsesc numai în plante. Multe dintre aceste fitonutrimente sunt compuși pe baza cărora organismul sintetizează vitaminele de care are nevoie, precum tocoferolul pentru vitamina E sau carotenoizii pentru vitamina A.

Aceste fitonutrimente de care voi vorbi mai departe au un rol important în așa-zisă medicină antibătrânețe. Ele sunt recomandate în alimentația persoanelor în vârstă în vederea protecției împotriva bolilor cu apariție târzie în viață și chiar în vederea obținerii unei prelungiri a vieții.

În general, suplimentele alimentare de pe piață conțin un amestec de diferite fitonutrimente împreună sau nu cu vitamine și minerale. Mai jos găsești o listă cu fitonutrimentele cel mai frecvent folosite în aceste combinații, urmând ca tu să navighezi pe oferta de pe piață și să alegi în cunoștință de cauză.

Acizii grași de tip Omega-3 sunt acizi grași polinesaturați în sensul că au multe legături chimice duble la care, prin diferite procedee fizice, mai ales căldură, se pot atașa alți atomi, transformându-i în acizi grași saturați. Acidul alfa-linoleic este acidul nesaturat cel mai important și care se găsește cel mai mult în pește, crustacee și alge marine, uleiuri din semințe și mai ales din semințe de in și de măsline, în uleiul de pește și în nuci. Când aceste produse sunt prelucrate la cald, în condițiile în care participă la gătirea unui fel de mâncare, structura lor se schimbă în

acizi grași saturați sau grăsimi trans. Uleiul de măsline este cel mai stabil la căldură și alterare în timp sau sub influența razelor solare (râncezire) și de aceea este cel mai recomandat la gătit. Organismul uman nu este capabil să sintetizeze acești acizi grași nesaturați de care are mare nevoie pentru metabolismul grăsimilor, menținerea structurii intacte a membranelor celulare, ei mai având și rol cardioprotector, antiinflamator, antidegenerativ și imunologic. În capitolul despre dieta antiinflamatorie am vorbit despre aceste nutrimente. Necesarul zilnic este între 500 și 1000 mg.

Tocoferolii sunt substanțe conținute în uleiuri vegetale, frunzele plantelor, grăsimea de pește, nuci și cereale, iar pe baza aportului exterior din dietă, organismul sintetizează vitamina E care, printre alte efecte, are și un rol puternic antioxidant. Uleiul de germeni de grâu are conținutul cel mai bogat în tocoferoli. Uleiul de pește, însă, mai conține și acizi grași nesaturați și vitamine liposolubile, compuși importanți pentru protecția vaselor de sânge și prevenirea bolilor cardiovasculare. Vitamina E și implicit tocoferolii sunt cei mai importanți antioxidanți din organism, neutralizând radicalii liberi și alți produși oxidativi rezultați din metabolism și incriminați în procesul de bătrânețe. Doza zilnică recomandată ar fi între 200 și 400 unități internaționale de alfa-tocoferol sau 80-160 mg de întregul complex de tocoferoli.

Carotenoizii sunt conținuți în plantele de culoare roșie, precum morcovul, pe baza cărora organismul sintetizează vitamina A. Carotenoizii au un important rol în vedere, protecția țesuturilor epiteliale din structura vaselor de sânge, a pielii, oferă protecție împotriva infecțiilor, fiind esențiali pentru funcționarea sistemului imunitar și oferind protecție împotriva dezvoltării proceselor canceroase. Cel mai ridicat nivel de carotenoizi îl conține dovleacul, apoi morcovul, spanacul, mandarinele, roșiile și celelalte vegetale în cantitate mai mică. Pentru formarea unei unități de vitamină A sunt necesare două unități de carotenoizi, deci o cantitate dublă. Nevoia zilnica de carotenoizi este de aproximativ 5.000-10.000 de unități internaționale, adică între 5 și 10 mg/zi.

Indol-carabinolul este un alt fitonutriment foarte important care se găsește în frunzele de varză și celelalte vegetale din clasa cruciferelor, precum broccoli, conopidă, hrean sau varză de Bruxelles. Această substanță se pare că are un efect anticanceros semnificativ drept pentru care se recomandă a fi inclusă în orice dietă alimentară. Pe lângă această acțiune, indol-carabinolul ajută la detoxifierea organismului de alte reziduuri ale metabolismului în general sau ale medicamentelor ingerate de individ. Doza recomandată zilnic ar fi între 200 și 400 mg. Doze mai mari decât cele recomandate duc la senzația de dezechilibru și tremor.

Acidul alfa-lipoic (conținut în acizii grași Omega-3) și **L-carnitina** sunt alte nutrimente necesare în dieta oamenilor de peste 50 ani. Acești compuși au diferite acțiuni benefice printre care îmbunătățesc raportul dintre colesterolul bun și cel rău, sunt agenți antioxidanți, reduc sensibilitatea celulelor la insulină și, astfel, îmbunătățesc metabolismul glucozei. Acidul alfa-lipoic se găsește în mod normal în spanac, broccoli, cartofi, ficat, iar L-carnitina este sintetizată doar de organism pe baza aminoacizilor din carnea ingerată, mai ales carnea de vită, și ajută la transportul acizilor grași în celulă, până la mitocondrie, care este, cum am mai spus, bucătăria celulei. Aceasta din urmă ar fi importantă în metabolismul energetic, în prevenirea bolii Alzheimer, a deficiențelor de memorie și a tulburărilor ischemice coronariene. Ambii compuși fac parte în mod tradițional din suplimentele nutriționale recomandate astăzi în medicina antibătrânețe. Ei se găsesc și într-un supliment recomandat de dr. Bruce Ames, profesor de biochimie de la Universitatea Berkley, California, cu un nume sugestiv „Juvenon“, derivat de la cuvântul juvenil. Se recomandă o doză de 500-1000 mg/zi de L-carnitină, mai ales la indivizii vegetarieni, și de 200-600 mg/zi de acid alfa-lipoic.

Coenzima Q-10 sau **ubiquinona** este un alt supliment nutrițional. Această substanță se găsește în mod natural în corp, acționând în procesele de oxido-reducere, ea fiind implicată în utilizarea oxigenului la nivelul celulei, deci în producerea de energie. Ea este sintetizată de către organism, iar dieta contribuie doar

cu 25% la producerea ei (mai ales carne de vacă, hering marinat, păstrăvi, carne de pasăre, ulei de soia sau de rapiță). Aportul exterior, prin suplimente, ar îmbunătăți procesele aerobice, capacitatea de a face efort muscular, arderea glucozei la cei cu diabet, îmbunătățirea metabolismului la persoanele cu cancer, creșterea rezistenței la infecții etc. Împreună cu vitamina E, coenzima Q-10 este principalul antioxidant din corp, neutralizând radicalii liberi, atât de implicați în procesele de bătrânețe. Doza recomandată este de 60 mg/zi, mai ales la vârstnici, știut fiind că, odată cu anii, cantitatea de Q-10 scade în organism.

Curcumina este un compus natural găsit în condimentul numit **turmeric** sau șofran, obținut din planta *Curcuma longa* din familia ghimbirului, care crește în Asia Centrală și de Sud. Ea nu este sintetizată de organism. Șofranul este o pudră galbenă care se obține prin fierberea sau coacerea rizozomilor acestei plante și apoi măcinarea lor până se obține o substanță sub forma unei pudre. Această substanță are proprietăți antioxidante și antiinflamatorii, îmbunătățește performanța cognitivă și mai are și acțiune anticanceroasă, drept pentru care se recomandă pentru prevenirea bolii Alzheimer, în artritele reumatoide, colitele ulcerative, cancerele de prostată, pancreatic sau de colon și chiar în tratarea tulburărilor depresive. Doza care poate fi administrată este între 1 și 10 mg/zi pentru prevenție și 30-500 mg/zi pentru tratament, administrată nu mai mult de 2 săptămâni. Oricum, în acest din urmă caz, este nevoie de avizul unei medic specialist. Există și capsule care conțin pudră de turmeric și ghimbir, împreună.

Flavonoizii reprezintă o familie complexă de fitonutrimente pe care omul le obține din fructe, vegetale, ciocolată și cacao, precum și din vin și ceai. Acțiunea flavonoizilor în organism este legată de acțiunea antioxidantă, de protecția țesutului epitelial vascular, de îmbunătățirea sensibilității celulare la insulină, de menținerea funcției cognitive la nivel adecvat. Aceste roluri o recomandă pentru protecția împotriva bolilor cardiovasculare, a diabetului, a bolii Alzheimer și a cancerelor. Cele mai importante surse de flavonoizi sunt coacăzele, afinele, strugurii roșii, prunele, ridichile, ceapa

roșie, varza roșie, zmeura, fragii, murele, căpșunele, citricele, vinul roșu, ciocolata neagră, ceaiul verde sau roșu, semințele de soia, spanacul, broccoli sau pătrunjelul. Aceste fitonutrimente se găsesc în diferite prezentări ca suplimente ale dietei. Ele pot fi sub formă de extract de ceai, sucuri sau extracte naturale concentrate de citrice, bioflavonoizi complecși obținuți din diferite vegetale și plante și cu diferite denumiri precum quercitină, rutin, rutozid, genistin, diadzin și altele. În acest caz, doza zilnică recomandată se va găsi pe instrucțiunile producătorului.

Fitosterolii sunt compuși din plante care au o structură și funcție asemănătoare cu cea a colesterolului. Importanța lor rezidă în faptul că prezența lor în intestinul omului produce o inhibiție a absorbției colesterolului din surse animale. Astfel, experimente științifice riguroase au arăta că o dietă bogată în fitosteroli se corelează cu scăderea colesterolului rău, colesterolul-LDL, și cu scăderea riscului de afecțiuni cardiovasculare legate de ateroscleroză. Printre alte acțiuni presupuse a fi legate de dieta cu fitosteroli ar fi protecția față de cancere, precum cancerul de prostată, de pancreas sau de colon. Sursele naturale principale de fitosteroli sunt germenii de grâu, orezul brun, uleiul de susan, de rapiță și de măsline, pâinea de secară. Dozele recomandate de suplimente care conțin aceste nutrimente sunt între 60 și 130 mg/zi beta-fitosterol sau 0,5-2 g/zi de amestec de steroli vegetali.

Resveratrolul este un compus natural găsit în nuci, struguri, vin roșu, fructe roșii de pădure, sucul de grepfrut roșu. În ordinea concentrației substanței conținute de vinurile roșii, cea mai mare concentrație o are vinul Pinot Noir, apoi Merlot, Shiraz și la urmă Cabernet Sauvignon. El este un compus care are multiple funcții în organism: inhibarea dezvoltării celulelor canceroase, acțiune antiinflamatoare, acțiune antioxidantă, protecție a epiteliului vascular, prevenire a depunerilor de grăsimi în peretele vascular (acțiune antiaterosclerotică), îmbunătățirea sensibilității la insulină, prevenirea degenerării celulelor nervoase. Astfel, resveratrolul poate avea acțiuni benefice în prevenirea și tratarea bolilor cardiovasculare, a cancerelor, a diabetului și a bolilor neurodegenerative, mai ales la

bătrâni. Nu lipsită de importanță este constatarea că animalele de laborator (rozătoare, pești, viermi, fluturi) hrănite cu astfel de supliment au prezentat o creștere a longevității. Aceste acțiuni se realizează prin capacitatea acestei substanțe de a neutraliza radicalii liberi și alți oxidanți și de a inhiba proteinele de mică densitate (LDL). Ca supliment, resveratrolul poate fi prezentat sub formă de capsule sau tablete, iar doza pe zi poate merge de la 500 la 1.000 mg.

După ce ai parcurs această listă de suplimente nutritive, poți vedea că majoritatea covârșitoare este adusă de alimentele ingerate și frecvent găsite pe masa oamenilor obișnuiți. Se poate întâmpla ca proporțiile în care se găsesc aceste nutrimente să nu fie cele mai favorabile pentru a exercita toate proprietățile benefice cu care sunt înzestrate și de care am vorbit mai sus. Iată de ce este nevoie uneori de a adăuga unele suplimente. Cel mai bine este să adaptăm dieta zilnică astfel încât, prin alimentația naturală, să avem un aport nutritiv, protectiv și curativ necesar omului în vârstă. Dacă, din cauza unor probleme digestive sau de altă natură, nu toate alimentele necesare pot fi introduse în alimentația ta curentă, atunci adăugarea de suplimente cu nutrimentele care lipsesc la dietă devine necesară. Fă un bilanț cu ceea ce nu poți mânca sau nu poți procura și adaugă ceea ce lipsește sub formă de suplimente. Mergi la o farmacie sau magazin cu produse naturiste și alege suplimentele de care ai nevoie. Ia în considerare că multe dintre produsele disponibile conțin o combinație de astfel de nutrimente și atunci alege combinația care este cea mai apropiată de nevoile tale. Cere prospecte și studiază-le cu atenție, precum și concentrația în care nutrimentul căutat se găsește în suplimentul respectiv. Te mai sfătuiesc să alegi dintre cele făcute de firme cu renume, firme cu prestigiu și nu apela la cele manufacturate în laboratoare mici, artizanale.

1.2.4.2. Fibrele

Cine nu a auzit că trebuie să mâncăm „fibre“! Peste tot se găsesc îndemnuri ca să introducem în dieta noastră alimente care conțin fibre. Da, este adevărat, fibrele sunt o componentă esențială a dietei normale. În lumea de astăzi, când oamenilor li se oferă o

mâncare din ce în ce mai prelucrată industrial și mai rafinată, cantitatea de fibre ingerate de omul obișnuit, într-o hrană obișnuită, este foarte redusă. Conform indicațiilor celebrei clinici Mayo din Rochester, Minnesota, SUA, cantitatea de fibre necesară într-o zi este de 38 g/zi la bărbat și 25 g/zi la femeie, înainte de 50 de ani, și de 30 g/zi la bărbat și 21 g/zi la femeie, după 50 de ani.

Oameni își iau „rația“ de fibre din alimentele vegetale, din fructe și legume, și din cereale. Aceste fibre constituie arhitectura plantelor și a rădăcinilor lor, a fructelor și a semințelor. Cu cât o plantă sau fruct are o structură mai rezistentă, cu atât se zice că este mai fibros. În general, fibrele sunt constituite din celuloză și polizaharide complexe nedigerabile de către om. Nefiind digerabile, ele nu pot fi absorbite în tubul digestiv, ele suferă doar acțiunea mecanică a diferitelor etaje ale tractului digestiv, acțiunea microbilor din tractul digestiv și, în final, constituie cea mai mare parte a compoziției fecalelor eliminate.

Sunt două feluri de fibre, fibre solubile în apă și fibre insolubile în apă. Cele solubile în apă sunt ușor fermentate la nivelul colonului și generează gaze și alte produse zise probiotice. Aceste fibre sunt compuse din mucilagii, pectină, hemiceluloză, rășini, polizaharide. Fibrele insolubile sunt metabolic inerte, se îmbibă cu apă la nivelul intestinului și contribuie la formarea bolului alimentar și apoi a bolului fecal care tranzitează de-a lungul tractului digestiv. Institutul de Medicină al Statelor Unite deosebește două feluri de fibre: i) fibre alimentare care constau în celuloză, carbohidrați nedigerabili și lignină (partea filamentoasă din fructe) și sunt parte intrinsecă a plantelor, și ii) fibre funcționale constituite din carbohidrați complecși, nedigerabili, care au un rol fiziologic pentru organismul uman. În general, în dieta obișnuită, 2/3 din totalul fibrelor sunt insolubile și 1/3 sunt fibre solubile.

Alimentele bogate în fibre sunt merele, orzul, fasolea, legumele și fructele în general, ovăzul, tărâțele de ovăz, orezul brun și sâmburii de plante.

Rolul fibrelor insolubile este unul mecanic, produc bolul alimentar și fecal, excită musculatura și glandele digestive din

pereții tubului digestiv, contribuie decisiv la eliminarea bolului fecal prin defecație. Rolul fibrelor solubile este unul mecanic, dar și unul probiotic, asigurând prin fermentația de la nivelul colonului întreținerea florei intestinale și normalizarea motilității și a integrității colonului.

S-a constatat că oamenii care au în dieta zilnică mai multe fibre fac mai puține cancere intestinale, diverticuloză, calculi biliari, hemoroizi; de asemenea, fibrele contribuie în mare măsură la normalizarea nivelului sangvin al colesterolului și al glucozei. S-a demonstrat că colesterolul total scade cu 1-2% per gram de fibre solubile ingerate. Mai mult, oamenii consumatori de fibre își controlează mai bine greutatea corporală decât cei cu dietă mai săracă în fibre.

Introducerea unei cantități de fibre în alimentația unui om ca supliment la dieta zilnică poate provoca la început unele simptome neplăcute precum senzație de digestie grea, balonare, gaze. Pentru a preveni astfel de inconveniente, se recomandă introducerea treptată a alimentelor bogate în fibre. O altă soluție ar fi folosirea suplimentelor bogate în fibre precum fulgii de ovăz, care este un produs făcut din ovăz, care se găsește ca atare în magazinele alimentare și care se prepară cu lapte și se consumă dimineața la micul dejun sau seara, sau tărâțele de ovăz (care pot fi preparate după diferite rețete care se găsesc pe ambalaj). Un alt produs cu fibre este Metamucilul.

Pentru orientarea ta în conținutul de fibre al diferitelor legume și vegetale, pot să-ți spun că o cană de fasole neagră boabe conține 15 g de fibre, una de fasole boabe albe 13 g, una de mazăre conține 16 g de fibre, egală cu cantitatea dintr-o cantitate egală de prune, 28 g de alune au 4 g de fibre, 28 g de semințe de floarea-soarelui 3 g de fibre, o cană de spaghete conține 2 g de fibre, două felii de pâine de secară conțin 6 g de fibre, o cană de fulgi de tărâțe conțin 5 g de fibre, un măr 4 g de fibre și o banană 3 g de fibre, iar o ceașcă de prune uscate 6 g de fibre.

Bineînțeles, că și în cazul nutrimentelor, există și suplimente cu fibre care se găsesc în magazinele cu produse naturiste, în farmacii și chiar în marile magazine alimentare. Aceste suplimente

sunt recomandate celora a căror dietă nu le aduce o suficientă cantitate de fibre, dar se recomandă să se consume cu atenție pentru că o cantitate prea mare de fibre ingerate poate crea probleme digestive.

1.2.4.3. Vitaminele

Ce sunt vitaminele? Sunt substanțe organice, de structuri variate, care sunt absolut necesare funcționării adecvate a organismului. Ele nu se pot sintetiza în organism și sunt luate din surse exogene, precum alimentația normală. Sunt compuși organici activi chimic în organism, având un rol esențial în metabolism, rol care merge de la activarea anumitor enzime până la modulare acțiunii unor hormoni. Până acum, au fost identificate 13 vitamine și lor li s-a atașat o literă din alfabet pentru a fi mai ușor identificate și clasificate.

Trebuie să spun de la început că a lua în fiecare zi o pastilă sau o capsulă dintr-un produs comercial, care este un conglomerat de multivitamine, nu înlocuiește în condiții adecvate vitaminele necesare organismului, ce trebuie obținute dintr-o dietă sănătoasă. O persoană care are o dietă echilibrată, variată, are acoperită nevoia în vitamine și nu necesită un aport exterior. În caz de deficiențe nutriționale, de alimentație unilaterală, de activități care depășesc limitele obișnuite prin intensitate sau prin expunere la condiții fizice improprii, ca și în cazul unor condiții speciale de sănătate, este nevoie categoric de un aport suplimentar de vitamine. Așa cum în cantități potrivite aceste vitamine sunt indispensabile vieții, tot așa, în cantități mari, ele au efecte toxice care pot conduce chiar la moarte.

Există o dezbatere largă dacă un aport suplimentar de vitamine este benefic organismului, mai ales pentru oamenii din a doua parte a vieții lor. Personal, înclin să recomand ca după o anumită vârsta, să zicem după 50 de ani, să se instituie în fiecare lună o cură de 10 zile de administrare a unui complex de multivitamine.

În funcție de solubilitatea lor în apă, vitaminele se împart în două categorii, vitamine hidrosolubile și vitamine liposolubile (adică cele care se află dizolvate în grăsimi), iar descrierea lor de mai

jos va urma această clasificare. Vitaminele liposolubile cele mai importante sunt vitaminele A, D, E, F, K, iar vitaminele hidrosolubile cele mai utilizate sunt vitaminele C (acidul ascorbic), B_1 (tiamina), B_2 (riboflavina), B_3 (niacina), B_5 (acidul pantotenic), B_6 (piridoxina), B_7 (biotina), B_9 (acidul folic) și vitamina B_{12}.

Vitaminele liposolubile

Vitamina A este reprezentată de un grup de substanțe, generic numite retinoizi, care sunt implicați în multe procese ale organismului precum vederea, creșterea, diviziunea și maturarea celulară și menținerea structurii și a funcționării țesuturilor epiteliale, reproducerea și buna funcționare a sistemului imunitar. Ea este sintetizată de organism pornind de la compuși specifici luați din dieta alimentară, numiți precursori ai vitaminei A, provitamine A sau carotenoizi. Fără aportul acestor precursori organismul nu ar putea produce vitamina A. S-au descoperit câteva sute de carotenoizi, dar foarte puțini din ei pot fi considerați adevărate provitamine A. Aceștia sunt conținuți în produse de origine animală și în vegetale, care, odată ajunse în tractul digestiv, sunt transformate în retinoizi de celulele intestinului subțire. De aici ei sunt transportați în ficat unde sunt depozitați și mobilizați la nevoie.

Deficiența de vitamina A se traduce în general prin afectarea organelor care conțin țesut epitelial, prin tulburări de vedere nocturnă și leziuni specifice ale corneei, prin deteriorarea și îmbătrânirea pielii, scăderea rezistenței la infecții, mai ales la nivelul căilor aeriene superioare, susceptibilitate la apariția de cancere epiteliale. Se mai poate spune că un conținut adecvat de vitamina A previne îmbătrânirea țesuturilor epiteliale și, deci, și a pielii.

Excesul de vitamină A are efecte toxice asupra organismului precum tulburări digestive, vedere dublă, căderea părului, uscăciunea mucoaselor, tulburări hepatice, modificări osoase și risc cancerigen. Luată în doze mari în timpul sarcinii, la femei, poate genera avort spontan sau malformații ale fătului. Aceste efecte toxice se observă și dacă în loc de vitamină A se administrează precursori precum beta-carotenul.

Cea mai importantă sursă de vitamină A este ficatul animal, peştele şi uleiul de peşte, laptele şi ouăle, iar dintre produsele vegetale, morcovii, dovleacul, spanacul, uleiurile vegetale, fructele galbene, portocalele. Prin gătit, 25% din concentraţia de caroteni din sursele naturale se distruge.

Doza zilnică recomandata este de 1 g sau 3000 UI (unităţi internaţionale) pe zi pentru bărbaţi şi 0,8 g sau 2330 UI pe zi pentru femei. Se recomandă să nu se administreze vitamina A sau beta-caroten ca atare, ci să se încerce să se acopere acest necesar prin dietă sau prin administrarea de complexe de multivitamine unde cantităţile acestor substanţe sunt mici.

Vitamina D, numită şi calciferol, este esenţială pentru metabolismul mineralelor, în special al calciului şi al fosforului, şi pentru formarea şi menţinerea în bune condiţii a sistemului osteo-articular. Ca şi în cazul vitaminei A, există mai multe forme, una este cunoscută ca vitamina D_2 sau ergocalciferol, şi alta ca vitamina D_3 sau colecalciferol. Aceste vitamine se sintetizează în piele din precursori aduşi din alimente, sub influenţa razelor solare. Pielea oamenilor în vârstă, prin procesul de îmbătrânire, devine mai puţin capabilă să sintetizeze această vitamină sub influenţa razelor de soare. Din cauză că vitaminele D sunt sintetizate sub influenţa razelor solare, cantitatea disponibilă este în funcţie de sezon, oamenii cu expunere mai mică la soare, ca cei din zonele din nordul extrem, având nevoie de un aport extern bine dozat. Odată sintetizată, vitamina D se stochează în ficat.

Deficienţa de vitamină D se caracterizează prin probleme de mineralizare a oaselor. La copii, această carenţă conduce la rahitism, la adult duce la osteomalacie cu fragilizarea şi deformarea oaselor, iar la bătrâni duce la cunoscuta osteoporoză. Osteoporoza se evidenţiază radiologic măsurând densitatea osului, un os cu densitate scăzută având un grad de mineralizare scăzut. Ea este parte componentă a modificărilor care însoţesc procesul de îmbătrânire a organismului. Scăderea cantităţii de vitamină D împreună cu modificările hormonului paratiroidian duc la scăderea concentraţiei de calciu şi de fosfor, mineralele responsabile pentru osteoporoză.

S-a mai constatat că persoanele cu tulburări depresive majore au și ele o concentrație mai scăzută de vitamină D.

Excesul de vitamina D conduce la concentrații crescute de calciu și fostor care sunt dăunătoare organismului pentru că duc la depuneri de minerale în parenchimul diferitelor organe, precum rinichi, inimă, vase sangvine, sau crearea de condiții pentru formarea de depuneri sub formă de calculi în diferite organe, precum calculii renali.

Aportul exterior se face printr-o dietă bogată în grăsimi precum lapte și produse lactate, ouă, pește, ficat, ciuperci, uleiuri vegetale. Laptele uman conține cea mai mare concentrație de vitamină D.

Doza zilnică necesară pentru omul adult este de 5 micrograme sau 200 UI. La cei cu osteoporoză, această doză poate crește până la 10-20 micrograme sau 400-800 UI pe zi. Toxicitatea la vitamina D apare când se depășește doza de 45 micrograme/zi.

Vitamina E face parte dintr-un grup de substanțe numite și tocoferoli, care au un rol deosebit în controlul proceselor oxidative din organism, în activitatea neuro-musculară și cea a organelor de reproducere. Această vitamină este unul dintre cei mai potenți antioxidanți care apără integritatea celulelor și previne îmbătrânirea prematură a lor, însă fără aport exterior organismul nu poate sintetiza această vitamină.

Tocoferolii, pe baza cărora se sintetizează vitamina E, se găsesc în frunzele plantelor, fructe, vegetale, nuci și sâmburi și în special în uleiuri vegetale precum cel de soia, de in, de floarea-soarelui și în produși pe baza acestor uleiuri precum margarina și în germenii de grâu. Atunci când aceste produse râncezesc prin expunere la soare sau căldură, concentrația de tocoferoli scade. În organism, tocoferolii sunt depozitați în ficat și în țesuturi care conțin grăsimi, iar în sânge ei circulă legați de lipoprotenine printre care și de colesterolul LDL.

Comparativ cu celelalte vitamine liposolubile, în concentrație mai mare decât normal, pare să nu fie toxică dacă nu depășește 200 mg/zi, totuși se crede că dozele mari favorizează bolile cardiace și cancerele. Necesarul de vitamină E este în medie de 10 mg/zi pentru bărbați și 8 mg/zi pentru femei.

Un studiu făcut în China pe 30.000 de bărbați și femei în vârstă de 40-69 de ani, cărora li s-a administrat în dietă o combinație de vitamină E, beta-caroten și seleniu timp de 5 ani, a evidențiat că aceasta a redus rata mortalității prin cancere cu 13%.

Vitamina K este un compus absolut necesar pentru formarea protrombinei, element esențial pentru coagularea sângelui. În afară de această funcție, vitamina K mai participă la sinteza unor proteine cu rol în menținerea fluidității sângelui.

Vitamina K este absorbită prin intestin și apoi stocată în ficat și în diverse alte țesuturi ale organismului. O parte din necesarul de vitamină K este luată din plantele din dieta alimentară, dar o mare parte este sintetizată de bacteriile din intestin. Din aceste considerente, persoanele care iau antibiotice mult timp riscă o deficiență de vitamină K prin distrugerea florei microbiene intestinale.

O dietă normală conține între 300 și 500 de micrograme, mare parte adusă de vegetalele cu frunze, de exemplu spanac, cereale și o mai mică parte adusă de produsele lactate, ouă, carne sau ficat. Necesarul minim zilnic este în jur de 120 de micrograme, însă un aport mai mare de vitamina K nu este toxic pentru că ea este un compus instabil care se distruge repede. Cu toate acestea, administrarea de vitamina K în doze mari necesită recomandarea medicului pentru a preveni hipercoagularea sângelui.

Vitaminele hidrosolubile

Vitamina C, cunoscută și sub numele de acid ascorbic, este o vitamină cu proprietăți antioxidante foarte importante. Omul nu o poate sintetiza, așa că necesarul de vitamină C este luat în totalitate din dieta alimentară. Din alimentele ingerate se absoarbe în organism atât cât este nevoie, adică în jur de 150 mg/zi pentru ca să mențină în sânge o concentrație de 1,2-1,5 mg/100 mL. Cantitatea totală de vitamină C din organism este de aproximativ 3 g. Cantitatea care nu este absorbită în organism este eliminată prin intestin sau rinichi. Fumătorii au o cantitate mai mică de vitamina C pentru că fumatul conduce la creșterea metabolismului și, astfel, se consumă mai multă vitamină C.

Cea mai mare cantitate de vitamină C se găsește în vegetale și fructele crude, precum ardei grași, broccoli, sparanghel, spanac, roșii și citrice; ea nu este prezentă în cereale. Vitamina C este prezentă și în carne, pește, ouă și lactate. Cantitatea cea mai mare este furnizată de aceste alimente în stare proaspătă și crudă pentru că prin fierberea vegetalelor sau a cărnii cantitatea de vitamină C se reduce cu 75%, iar prin păstrarea lor la congelator cantitatea ei se reduce cu 30%.

Rolul vitaminei în organism este complex și multiplu. Ea participă la sinteza colagenului din piele, la sinteza neuromediatorilor, a hormonilor suprarenalieni, la absorbția fierului în tractul digestiv și la menținerea rezistenței peretelui vascular. Ea mai este implicată în modularea răspunsului imunologic, deci în creșterea rezistenței la infecții.

Deficiența vitaminei C, care apare la un aport alimentar de sub 10 mg/zi, conduce la boala numită scorbut, care se manifestă prin edeme și sângerări gingivale, hemoragii punctiforme pe piele și mucoase, dureri articulare, tulburări de nutriție cu slăbirea forței fizice.

Nutriționiștii recomandă cantități sporite de vitamină C din vegetale și fructe crude, din aport de vitamină C din complexe de vitamine sau ca atare, sub formă de comprimate de 250 mg sau 500 mg, atunci când există infecții. Ea se asociază tratamentului specific, mai ales în cazul infecțiilor virale, pentru că vitamina ajută la secreția unei cantități mai mari de hormoni glucocorticoizi implicați în răspunsul organismului la astfel de agresiuni. Nu se recomandă însă doze mai mari de 1000 mg/zi.

Se consideră că vitamina C asigură o protecție pe termen lung față de apariția cancerelor, menține integritatea peretelui vascular și previne ruperea lui cu hemoragii consecutive; recent, s-a evocat rolul ei în prevenirea bolii Alzheimer. Astfel, un studiu făcut în Utah, SUA, care a cuprins peste 3.000 de subiecți de peste 65 de ani și care au fost evaluați pe parcursul a 4 ani, a constatat că cei care luau în mod regulat un supliment de vitamină C de 500 mg/zi și vitamină E de 400 UI/zi au prezentat o incidență mai scăzută de

tulburări cognitive de tip predemențial. Oamenii de știință consideră că este necesar să se întreprindă studii de replicare a acestei metode înainte de a fi siguri că astfel de suplimente vitaminice au un efect asupra bolii Alzheimer. Personal, cred că orice adaos vitaminic, mai ales printr-o dietă bogată în legume și fructe crude, este de natură să exercite un efect asupra bătrâneții prin protejarea țesuturilor de procesul de îmbătrânire, prin modularea răspunsului imunologic și a efectului antiinflamator, și implicit antialzheimer și anticanceros.

Vitamina B_1 sau tiamina joacă rolul de a activa anumite enzime din corp implicate în metabolismul aminoacizilor, cărămizile din care se construiesc proteinele corpului, în metabolismul zaharurilor, producerea de energie și păstrarea integrității și a funcționării neuronilor.

Vitamina B_1 nu este sintetizată de organismul uman și este luată din dieta alimentară printr-un proces activ de absorbție la nivelul intestinului. Alcoolul împiedică pe de-o parte absorbția tiaminei în intestin și necesită mari cantități de vitamină B_1 pentru arderea lui, pe de altă parte, cei care consumă alcool se condamnă la o deficiență de vitamină B_1 care trebuie suplinită într-un fel.

Deficiența cronică de vitamină B_1 conduce la unele boli specifice precum „beri-beri“ sau encefalopatia Korsakoff-Wernike. În boala beri-beri, lipsa prelungită din dietă a tiaminei, cu repercusiunile ei asupra metabolismului glucidic și al proteinelor și asupra sistemului nervos, se traduce prin pierderea apetitului, slăbiciune musculară, paralizii musculare, tulburări de mers, confuzie, tulburări cardiovasculare cu tulburări de ritm cardiac și insuficiență cardiacă. Encefalopatia Korsakoff-Wernike este caracteristică băutorilor cronici de alcool care, consumat în cantități mari, generează o carență de vitamină B_1 atât prin necesități foarte mari date de metabolizarea acestuia, cât și prin împiedicarea absorbției ei intestinale. Consumul mare de vitamină B_1, necesitat de arderea alcoolului, deturnează tiamina de la rolul ei în metabolismul glucidelor și proteinelor și de la rolul ei în transmiterea influxului nervos și a prezervării membranei neuronilor și, astfel, se asistă la acumularea

de metaboliți toxici în organism (de exemplu, acidul piruvic și acidul lactic) și la distrucții neuronale masive în creier și în nervii periferici. Astfel de persoane prezintă tulburări mari de memorie, de percepție și gândire, stări de confuzie, paralizii ale nervilor motori periferici cu atrofii musculare, tulburări de sensibilitate și probleme de mers și echilibru. Acest tip de afecțiuni necesită suplinirea deficitului de vitamină B_1 cu doze mari, administrate pe gură sau intravenos.

Sursele naturale de vitamină B_1 sunt cerealele (grâul, ovăzul, orzul, orezul brun), produsele lactate, vegetalele, cartoful, sâmburii, nucile, ouăle, ficatul și carnea de porc. Această vitamină se distruge în proporție de 55% prin gătit și doar 5% prin refrigerare.

Necesarul de vitamină B_1 este de 1,2 mg/zi. Persoanele a căror activitate fizică sau expunere la condiții climaterice deosebite necesită un consum caloric mai mare, au nevoie de o cantitate de vitamină B_1 proporțional mai mare, respectiv pentru fiecare 1000 de calorii consumate în plus, necesarul de vitamină B_1 crește cu 0,2 mg/zi. Ca și pentru celelalte vitamine hidrosolubile, surplusul de vitamină nu provoacă efecte toxice, pentru că organismul are mecanisme care să conducă la eliminarea acestor cantități.

Vitamina B_1 se recomandă a fi administrată în toate deficiențele nutriționale, în afecțiuni ale ficatului, ale sistemului nervos central și periferic, în zona zoster, în condițiile expunerii sau ingerării de substanțe toxice, inclusiv alcool sau droguri, și ca adjuvant într-o serie de afecțiuni precum cele infecțioase cronice sau hipertiroidism. Nu se cunosc efectele vitaminei B_1 asupra procesului de îmbătrânire, dar, dacă luăm în considerare rolul ei în metabolism și sistemul nervos, putem spune că o dietă bogată în vitamina B_1 conduce la prevenirea proceselor de uzură generală a organismului și de prevenție a afecțiunilor ce însoțesc bătrânețea.

Vitamina B_2 sau riboflavina este implicată în activitatea unor enzime importante pentru metabolismul energetic, în metabolismul glutationului, care este agentul antioxidant cel mai important al omului, și în metabolismul vitaminei B_3 și B_6 și al fierului în organism.

În ordinea concentrației, sursele naturale cele mai importante de vitamină B_2 sunt: uleiul de soia, spanacul, ouăle, iaurtul, sparanghelul, laptele de vacă, alunele, nucile, broccoli, ciupercile, sardinele, tonul, carnea de pasăre, fasolea verde, salata, strugurii, morcovii, ardeii iuți. Vitamina se absoarbe în intestinul subțire și este excretată prin urină. Este mai rezistentă la căldură și se distruge numai în proporție de 25% prin gătit și rezistă complet la refrigerare.

Necesarul zilnic de riboflabvină este de 1,2 mg. Deficitul de vitamină B_2 poate conduce la anemii și la afecțiuni ale mucoasei bucale și ale gingiilor. Nu se cunosc efectele administrării în exces ale acestei vitamine.

Având un rol important în procesele de control al radicalilor oxidanți din organism și a metabolismului vitaminei B_6, putem spune că o dietă normală, echilibrată, care aduce un aport suficient de vitamină B_2, este necesară pentru o bătrânețe sănătoasă.

Vitamina B_3, numită și niacină, este sintetizată de organism pornind de la un aminoacid din alimentație, triptofanul. Ea se mai găsește în organism și sub formă de acid nicotinic sau nicotinamidă. Triptofanul se găsește în proteinele de origine animală sau vegetală din dieta zilnică, carnea conținând 1% triptofan, laptele 1,1%, iar ouăle 1,5% triptofan. Din 60 mg de triptofan organismul sintetizează 1 mg de niacină. Triptofanul este luat de organism și din cereale și produse din cereale. Aproximativ 25-40% din niacină provine din cereale, dar această cifră variază în funcție de proporția lor în dieta zilnică. Prin preparare la cald, alimentele își pierd aproximativ 40% din cantitatea de niacină, dar ea nu se modifică atunci când sunt ținute în congelator.

Vitamina B_3 este un component esențial al unor enzime ale organismului cu rol foarte important în metabolismul grăsimilor și al glucidelor și, astfel, în producerea de energie. O deficiență cronică de vitamină B_3 produce pelagra, boală tipică pentru un deficit nutrițional. Ea mai este prezentă doar în zonele în care mai există lipsuri cronice de alimente (foamete) și se manifestă prin modificări la nivelul pielii, diaree, inflamații ale mucoaselor și tulburări cognitive de tip demențial. Doza zilnică necesară este de 14-15 g.

Când se iau doze mai mari, pot apărea vasodilatație și senzație de căldură la nivelul feței. Toxicitatea vitaminei B_3 apare la doze de peste 2 grame/zi și se manifestă prin leziuni ale ficatului, scăderea accentuată a forței musculare și senzație de slăbiciune puternică.

În afara rolului ei în producerea de energie din glucide, grăsimi și proteine, vitamina B_3 mai asigură protecția organismului față de radicali liberi oxidanți și contribuie în mod efectiv la reducerea colesterolului HDL (colesterolul „rău“) și a trigliceridelor din sânge. În felul acesta, se poate spune că o dietă echilibrată care conține suficientă vitamină B_3 este mai mult decât necesară pentru păstrarea balanței energetice a organismului, pentru prevenirea aterosclerozei și a bolilor cardiovasculare generate de aceasta și pentru protecția antioxidativă atât de importantă pentru combaterea bătrâneții premature.

Printre sursele alimentare cele mai importante pentru vitamina B_3 sunt, în ordine: tonul, carnea de pasăre, somonul, carnea de miel, carnea de vacă, sardinele, crevetții, alunele, orezul brun, semințele de floarea-soarelui, ciupercile, sparanghelul, cartofii, roșiile, fasolea, morcovul, spanacul, broccoli, varza, cerealele.

Vitamina B_5 sau acidul pantotenic devine parte componentă a unei enzime necesare pentru sinteza și degradarea acizilor grași, pentru metabolizarea glucidelor și pentru sinteza altor compuși esențiali ai organismului precum hormonii, porfirinele și neuromediatorul acetilcolină. Această vitamină poate fi produsă de flora microbiană din intestin pe baza surselor existente în alimentație sau poate fi luată chiar ca atare din dieta zilnică. Necesarul zilnic este de 5 mg. În caz de deficit vitaminic, se constată modificări ale transmisiei influxului nervos cu apariția de tulburări de sensibilitate, slăbiciune musculară și astenie, iar în cazul supradozajului, apar tulburări digestive cu greață și diaree.

Principalele surse de vitamină B_5 sunt: ciupercile, avocado, cartofii dulci, lintea, fasolea, carnea de pasăre, somonul, ouăle, iaurtul, broccoli, conopida, secara, grâul, orezul brun, porumbul etc.

Vitamina B_6 sau piridoxina este și ea o componentă esențială a unor enzime necesare pentru metabolismul proteinelor, al

glucidelor și al grăsimilor. La fel, vitamina este necesară pentru sinteza anumitor neuromediatori precum GABA, dopamina și serotonina, fără de care activitatea sistemului nervos central ar fi profund perturbată. Piridoxina ajută la mobilizarea glucidelor din rezerve pentru a fi arse în celule și, astfel, să producă energie, la sinteza hemoglobinei și producerea de globule roșii și la modularea răspunsului imunologic.

Necesarul zilnic de vitamină B_6 este luat din dieta alimentară și vitamina este absorbită în intestinul subțire de unde este distribuită în ficat și la toate celelalte țesuturi. Necesarul zilnic este între 1,5 și 2 mg. Un deficit al acestei vitamine generează anemie, tulburări ale transmisiei nervoase cu slăbiciune musculară, tulburări cognitive, sensibilitate la infecții, modificări cutanate și tulburări digestive și renale, iar doze cronice de peste 100 mg/zi conduc la distrugeri ale țesutului nervos cu tulburări de mers și sensibilitate.

Principalele surse alimentare de vitamină B_6 sunt, în ordine: năutul, ficatul de vacă, tonul, somonul, pieptul de pasăre, cerealele, cartoful, bananele, pastele făinoase, lactatele, nucile și semințele, spanacul etc. Prin preparare termică, cantitatea de vitamină B_6 se reduce cu 50%, dar numai cu 15% dacă alimentele sunt conservate prin frig.

Un supliment de vitamină B_6 se recomandă în bolile cardiovasculare, pentru că ajută la folosirea energiei de către mușchiul cardiac, în prevenția cancerelor în general, în îmbunătățirea funcțiilor cognitive, având rol de prevenție a bolii Alzheimer, în îmbunătățirea răspunsului imun și protecția împotriva infecțiilor. În multe cazuri de depresii s-a constatat un nivel scăzut de vitamină B_6 în sânge și că aportul acestei vitamine a îmbunătățit indicele de depresie, ceea ce ne face să credem că o dietă echilibrată poate preveni astfel de tulburări afective. La oamenii în vârstă, o astfel de dietă contribuie esențial la prevenirea bolilor asociate și a declinului cognitiv.

Vitamina B_7 sau biotina este un compus esențial care participă la structura mai multor enzime prin care organismul convertește glucidele din alimente în glucoză, contribuie la sinteza acizilor grași și a aminoacizilor din organism, ajută funcția glandei suprarenale,

contribuie la activitatea normală a sistemului nervos central și la menținerea structurii normale a părului și a unghiilor.

Vitamina B_7 se găsește în ficat și alte organe, gălbenuș de ou, soia, cereale, lactate și drojdie de bere. Carnea de porc, peștele, carnea de pasăre, avocado, broccoli, conopida, brânzeturile, ciupercile, nucile, spanacul și cartofii au un conținut mai mic de biotină. Doza necesară zilnică este de 40-50 micrograme. Nu se cunosc efecte toxice ale administrării de doze mari. Deficiența de biotină este rară deoarece organismul reciclează de multe ori biotina deja folosită. Totuși, în caz de deficiență cronică, se descriu greață, vărsături, inflamații ale mucoasei orale, căderea părului și depresie.

Vitamina B_7 este importantă în metabolismul glucozei, pentru că scade sensibilitatea la insulină a țesuturilor, îmbunătățește toleranța la glucoză, fiind astfel benefică pentru persoanele cu diabet tip II. Ea contribuie la sănătatea fanerelor (păr și unghii) și a pielii, lucru deosebit de important pentru oamenii în vârstă.

Vitamina B_9 sau folații sunt compuși care se găsesc în frunzele vegetale, de unde și denumirea lor. În organism, funcția lor este să participe la formarea unor enzime necesare pentru sinteza aminoacizilor și a acizilor nucleici și, astfel, participă la diviziunea celulară, la funcționarea măduvei roșii care generează celulele sangvine, participă la creșterea generală a organismului și la reînnoirea lui cu celule tinere, participă la buna funcționare a sistemului imunitar, împiedică îmbătrânirea celulară și a organismului în general.

Organismul își ia necesarul de folați din frunzele vegetalelor, din legume și fructe. Ei sunt absorbiți în intestin, dar sunt compuși foarte instabili care își pierd repede structura chimică. De exemplu, prin prepararea vegetalelor la cald, conținutul de folați se distruge în proporție de 75-80%. Bolile inflamatorii ale intestinului și consumul de alcool influențează absorbția folaților prin tubul digestiv. Necesarul zilnic de vitamină B_9 este de aproximativ 3 micrograme/kg corp, deci în medie de 200-300 micrograme/zi, iar cantitatea care nu este utilizată enzimatic este stocată în ficat și mobilizată atunci când cantitatea de folați ingerați cu alimentele este insuficientă.

Deficiența de vitamină B_9 conduce la anemie severă, la tulburări neurologice mergând până la demență și neuropatii periferice, afecțiuni ale gingiilor și limbii, iritabilitate, depresie. Nu s-au constatat efecte secundare în cazul administrării de cantități mari de folați.

Administrarea de vitamină B_9 este indicată pentru reducerea riscului de boli cardiovasculare, a cancerului de colon, pancreas și stomac, în combaterea depresiei, a afecțiunilor date de consumul abuziv de alcool, în deteriorări cognitive legate de vârstă și în boala Alzheimer sau în creșterea rezistenței la inflamații și infecții. Ea este un supliment obișnuit luat de oamenii în vârstă.

Sursele cele mai utilizate pentru aportul de folați sunt: spanacul, sparanghelul, napii, sfecla, varza de Bruxelles, soia, ficatul de vacă, drojdia de bere, rădăcinoasele, cerealele, fasolea, somonul, portocalele, avocado și laptele.

Vitamina B_{12} sau cobalamina este și ea, ca și majoritatea vitaminelor, un conglomerat de cobalamine care împreună împărtășesc aceleași roluri în organism, roluri esențiale pentru metabolismul glucidelor, al lipidelor și al proteinelor. Fără ele, organismul uman ar contracta diferite afecțiuni care în timp ar fi incompatibile cu viața. Vitamina B_{12} este absorbită din sursele alimentare în intestinul subțire și această absorbție necesită o substanță care este secretată de celulele din peretele stomacal, substanță numită *factor intrinsec*. Fără factorul intrinsec, vitamina B_{12} nu este absorbită în corpul uman și din această cauză orice boală care afectează secreția acestei substanțe duce la carență de vitamină B_{12}. Printre aceste cauze se numără atrofia mucoasei gastrice cu scăderea acidității stomacale necesare secreției factorului intrinsec sau rezecțiile gastrice largi.

Vitamina B_{12} este implicată în metabolismul folaților (sau vitamina B_9), transformându-i într-o formă utilizabilă de către celule. Împreună cu folații, vitamina B_{12} contribuie la sinteza unor aminoacizi esențiali pentru organismul uman și la sinteza lanțurilor de polipeptide prin reacții de metilare. Fără aceste reacții, anumite proteine nu se pot sintetiza în corp, ceea ce generează perturbări

excepționale în metabolismul proteinelor și al lipidelor cu repercusiuni asupra membranelor celulare și a diviziunii celulare.

Odată absorbită, vitamina B_{12} este stocată în ficat în cantitate de peste 10 g, de unde este eliberată în fiecare zi conform nevoilor, aproximativ 3 micrograme/zi.

Scăderea cantității de vitamină B_{12} duce la o formă specifică de anemie, anemia megaloblastică numită și anemie pernicioasă, manifestată prin dureri linguale, tulburări ale sensibilității cutanate în picioare, astenie și slăbiciune musculară, tulburări cognitive de tip demențial. Acest tip de anemie este destul de comună oamenilor în vârstă atât din cauze care reduc secreția de factor intrinsec (lipsa de acid clorhidric în stomac), cât și din dieta săracă în produse animale. Spre deosebire de celelalte vitamine hidrosolubile, sursele de vitamină B_{12} sunt exclusive în produsele animaliere, carnea, organele animalelor, în special ficatul, peștele, icrele, ouăle și produsele lactate. Prin prepararea la cald a acestor produse, ele își pierd cam 50% din cantitatea de vitamină B_{12}. Persoanele cu regim exclusiv vegetarian, nu au un aport zilnic suficient de vitamină B_{12} și necesită un supliment zilnic de astfel de vitamină pentru a combate riscul anemiei pernicioase. Cantități mai mari de vitamina B_{12} introduse ca supliment nu generează efecte toxice notabile ceea ce explică popularitatea de care se bucură aceste suplimente. Oricum, dacă nu există factor intrinsec care să faciliteze absorbția intestinală, administrarea orală de B_{12} nu are sens. În aceste condiții, se administrează vitamina $B_1$2 sub formă de injecții intramusculare.

În legătură cu vitamina B_{12} este și faptul că, printre factorii favorizanți ai bolilor cardiovasculare, se află și homocisteina, un derivat al aminoacidului metionină al cărui metabolism este controlat de vitamina B_{12} împreună cu folații. Homocisteina promovează o hipercoagulabilitate a sângelui și o alterare a statutului intern al vaselor de sânge care împreună cu un nivel crescut de colesterol HDL duce la ateroscleroză. S-a constatat că nivelul homocisteinei crește atunci când nivelul vitaminei B_{12} scade și, astfel, s-a format părerea că administrarea activă de B_{12} ar proteja oamenii în vârstă de apariția aterosclerozei și a bolilor cardiovasculare consecutive.

Un studiu american, făcut pe 5.522 pacienți de peste 54 de ani cu boli cardiovasculare și diabet de tip II, cărora li s-a administrat zilnic 2,5 mg acid folic, 50 mg vitamină B_6 și 1 mg de vitamină B_{12}, timp de 5 ani a scos în evidență că această combinație scade nivelul homocisteinei din sânge și reduce riscul de accident vascular cerebral, dar nu modifică cu nimic bolile cardiovasculare preexistente. Un studiu norvegian pe 3.096 de pacienți, cărora li s-a făcut angiografie coronariană la început și timp de un an li s-a administrat, zilnic, 0,4 mg de vitamină B_{12} și 0, 8 mg de acid folic, a arătat că într-adevăr homocisteina a scăzut cu 30% în sânge, dar bolile coronariene preexistente nu au fost modificate. Problema în ambele studii este că ele s-au făcut cu indivizi care deja aveau afecțiuni cardiovasculare, ceea ce nu exclude faptul că această combinație între vitamina B_{12}, acid folic și vitamina B_6 nu ar fi cardioprotectoare pentru oamenii sănătoși, la începutul curei.

În afară de presupunerea rolului cardioprotector, se crede că vitamina B_{12} are și un rol protector față de declinul cognitiv și boala Alzheimer. Cu toate acestea, trecerea în revista a studiilor efectuate cu astfel de subiecți nu a relevat în mod explicit un beneficiu substanțial, deși se continuă să se creadă că un supliment mic de vitamină B_{12} asociat cu folați și vitamină B_6 este benefic pentru orice individ aflat la vârsta a treia.

1.2.4.4. Apa și mineralele

Apa constituie cam 60% din greutatea corpului uman, ea existând în fiecare celulă și în spațiul dintre celule, ca și în fluidele corpului precum sânge, limfă, lichid cefalorahidian, conținutul tractului digestiv sau urină. Principalele roluri ale apei în organism sunt: i) menține structura moleculelor proteice și a zaharurilor complexe, ii) participă la reacțiile metabolice, iii) servește ca solvent pentru nutrimente, aminoacizi și enzime, care participă la metabolism, iv) transportă nutrimente și produsele rezultate din metabolism, v) este unul dintre elementele constitutive esențiale ale sângelui, vi) participă la reglarea temperaturii corpului, a echilibrului acido-bazic, a balanței electrolitice a corpului, vii) prin participarea

ei la compoziția diferitelor structuri ale corpului, conferă acestuia flexibilitate.

Există o mulțime de mecanisme pentru a ține conținutul de apă constant, astfel încât viața să nu fie amenințată. Conținutul constant al apei face parte și el din homeostazie. În mare, acest mecanism este sub controlul apei ingerate și al celei excretate. Apa ingerată datorită senzației de sete este în jur de 1000-1500 mL, la care se mai adaugă aportul de apă din alimente, aproximativ 700-1000 mL, și apa rezultată din metabolismul celular, în jur de 200 –300 mL. Minimul apei ingerate pentru a fi compatibilă cu viața este de 500-550 mL/zi. Apa se elimină în cea mai mare parte prin urină (700-1400 mL), prin piele – prin procesul de transpirație (400-800 mL), și prin respirație (300-350 mL). Nevoia zilnică de apă a unui om normal depinde de numărul de calorii arse, însă pentru un individ care consumă 2000 de calorii/zi, nevoia de apă ar fi între 2000 și 3000 mL/zi. Toate aceste cifre de mai sus constituie ceea ce se numește „balanță hidrică".

Cantitatea de apă ingerată este sub controlul centrilor nervoși din hipotalamus. Astfel, când sărurile din sânge devin prea concentrate și când mucoasa orală devine prea uscată, atunci hipotalamusul declanșează senzația de sete. La aceasta se mai adaugă alte mecanisme printre care receptorii de volum, aflați în prima porțiune a tractului digestiv, care hotărăsc când cantitatea de apă băută este suficientă. Cu vârsta, senzația de sete scade în intensitate și frecvență și, astfel, bătrânii beau în mod obișnuit mai puțină apă, aceasta fiind una dintre explicațiile pentru care pielea lor este mai uscată.

În mod normal, sursele de apă sunt apa consumată ca atare și cea conținută în alimente. Există aici un raport dat de conținutul dietei; dacă dieta conține multe alimente solide, organismul necesită un surplus de apă potabilă. Mulți oameni cred că la această balanță se poate adăuga apa care este conținută în cafea sau ceai. Acest lucru este în general greșit, pentru că atât cafeaua, cât și ceaiul măresc diureza și, deci, cantitatea de apă conținută nu rămâne în corp suficient de mult pentru a fi folosită metabolic.

Cum am spus la începutul acestui paragraf, apa participă la menținerea echilibrului electrolitic al sângelui și la balanța

acido-bazică, adică pH-ul sângelui. Foarte simplu spus, cu cât concentrația de săruri din sânge este mai mare, cu atât nevoia de apă este mai crescută până la un punct în care presiunea *osmotică* a sângelui este menținută constantă. Presiunea osmotică este presiunea pe care o exercită o concentrație de săruri din sânge, mai ales concentrația de sodiu, clor, potasiu, față de o membrană semipermeabilă care are de partea cealaltă doar apă. În mod normal, sângele, prin concentrația lui normală în săruri, exercită o anume presiune osmotică ce este menținută constantă de mecanisme complicate în care rinichiul și anumiți hormoni joacă un rol esențial. Astfel, dacă mâncăm ceva foarte sărat, nu după mult timp, vom simți o nevoie foarte mare de a bea apă, astfel încât presiunea osmotică a sângelui să rămână constantă. Serul fiziologic, cunoscut de toți, are presiunea osmotică egală cu a sângelui, de aceea se numește „fiziologic“ și poate fi folosit în perfuzie atunci când se dorește înlocuirea rapidă a unei cantități de sânge pierdut în diverse împrejurări, de exemplu, hemoragii.

Apa mai participă și la menținerea echilibrului acido-bazic sau a pH-ului sângelui. Pentru menținerea acestui echilibrul, între sărurile acide și cele alcaline din sânge, apa are rolul de a transporta spre rinichi, plămâni sau tractul intestinal substanțele acide sau cele bazice care sunt în exces.

Calciul este mineralul esențial pentru ca oasele scheletului să rămână sănătoase, adică suficient de tari și în același timp flexibile încât să-și îndeplinească funcția. Din calciul organismului, 90% se găsește în oase, iar aproximativ 30% din această cantitate este mereu primenită prin procesul permanent de remodelare a oaselor. Calciul este important și pentru funcționarea celulelor nervoase, a fibrelor mușchiului cardiac și a fibrelor celorlalți mușchi din organism, pentru că el participă la transmiterea influxului nervos.

Cantitatea de calciu necesară organismului este absorbită prin intestin și este luată din dieta alimentară. Sursele alimentare cele mai importante pentru aportul de calciu sunt produsele lactate precum iaurtul și brânzeturile, ouăle, peștele (de exemplu, somon, sardine), vegetalele cu frunze, nucile și sâmburii, oregano,

mărarul, scorțișoara. Nevoia zilnică de calciu este între 800 și 1300 mg. Pentru absorbția calciului în intestin este nevoie de a anume formă a vitaminei D. Tot vitamina D, împreună cu hormonul glandei paratiroide, parathormonul, controlează metabolismul calciului în organism, atât absorbția, cât și utilizarea lui și excreția prin rinichi. Cu vârsta, abilitatea organismului de a absorbi calciul prin intestin scade.

Cantitatea cea mai mare de calciu din oase este în jurul vârstei de 20-25 de ani, iar apoi ea scade constant odată cu vârsta, ajungând ca, la bătrânețe, lipsa calciului și a altor minerale din structura osului să conducă la osteoporoză. Această afecțiune se manifestă prin scăderea densității oaselor, evidențiată la examenul radiologic, la dureri articulare, mai ales la membrele inferioare, la scăderea dimensiunilor antropometrice ale corpului, precum înălțimea, și la posibilitatea apariției de fracturi spontane. Se recomandă ca persoanele cu osteoporoză să adauge calciu prin surse alimentare sau sub formă de supliment, dar nu mai mult de 1500 mg/zi, împreună cu vitamina D.

Lipsa calciului din organism la copii conduce la rahitism, respectiv la nedezvoltarea armonică a scheletului osos, iar la adult la hipocalcemie care se poate traduce prin tulburări cardiace sau de excitabilitate neuromusculară (de exemplu, tresăriri musculare, contracturi musculare, crampe, mișcări tetaniforme, convulsii) sau la osteoporoza de care am vorbit mai sus. O cantitate crescută de calciu în organism, hipercalcemia, se manifestă prin astenie, pierderea apetitului, greață, cefalee și chiar stări de confuzie. Această din urmă stare trădeaza o perturbare a funcției glandelor paratiroide sau apare în unele cancere.

Există tendința de a administra suplimente de calciu la oamenii în vârstă. Părerea mea este că o dietă bogată în lactate aduce cantitatea necesară la care se mai poate adăuga un complex vitaminic care are atât vitamina D, cât și ceva calciu.

Magneziul este un element indispensabil activității mai multor enzime în corp, ceea ce face ca lipsa lui să provoace anomalii congenitale, retard mintal, probleme de dezvoltare a aparatului

osteo-articular, afectarea metabolismului glucozei. Magneziul este necesar pentru dezvoltarea oaselor, pentru menţinerea integrităţii pielii, pentru transformarea proteinelor și a lipidelor în zaharuri atunci când este nevoie în organism și pentru protecția față de radicalii liberi. La animalele de experiență, s-a constatat că lipsa magneziului din dietă conduce destul de rapid la acumularea glucozei în sânge.

Cantitatea de magneziu din organism este foarte mică, 15-20 mg, dar cu toate acestea el este un element indispensabil. Necesarul de magneziu este luat din cereale și din vegetale. Conținutul cel mai mare îl au cuișoarele, apoi în ordine ovăzul, orezul brun, spanacul, ananasul, zmeura, sâmburii de dovleac, secara, soia, quinoua, nucile, lintea, fasolea, afinele, varza, broccoli, conopida, sparanghelul și multe altele în cantități mai mici. Necesarul zilnic este de 2,0-5,0 mg și se obține ușor printr-o dietă echilibrată. O dietă exclusiv vegetariană aduce în medie 10 mg/zi, iar o dietă exclusiv nonvegetariană aduce doar de 2-4 mg/zi. Administrarea de doze un pic mai mari, aduse de diverse suplimente, nu sunt toxice. În general, adaosul de magneziu în doze echilibrate este indicat în osteoporoză, hipotiroidism, diabet, boli de piele sau epilepsie.

Fosforul reprezintă, după calciu, cel mai important element. El reprezintă 1% din greutatea totală a corpului, fiind prezent în fiecare celulă, însă majoritatea lui se găsește în oase și dinți. Aproape că nu există proces metabolic în corp în care fosforul, prin enzimele din care face parte, să nu joace un rol. La fel, el este întâlnit și în compoziția plantelor și a animalelor, ceea ce face ca orice dietă urmată să aducă destul fosfor care să acopere nevoile zilnice. De multe ori, se pune chiar problema că avem un aport excesiv de fosfor, pentru că acesta, sub forma acidului fosforic, intră în compoziția băuturilor acidulate de tot felul și în cea a stabilizatorilor, a agenților de emulsionare sau a reglatorilor de aciditate folosiți în industria alimentară.

Importanța fosforului în organism începe cu rolul lui în constituția membranei celulare, în compunerea nucleului celulelor, el fiind un element esențial al structurii acizilor nucleici, purtătorii

informației noastre genetice, și în metabolismul celulei însăși. Fosforul participă în mod major la formarea structurii minerale de rezistență a osului, 85% dintre mineralele organismului fiind stocate în oase. Oasele sunt formate din combinații minerale complexe în care rolul principal îl dețin calciul și fosforul. Aceste substanțe minerale sunt în mod continuu reabsorbite și resintetizate printr-un proces de remodelare a oaselor în funcție de activitatea fizică a organismului. Acest proces este controlat de hormonul paratiroidian și de vitamina D. Raportul necesarului de calciu și fosfor pentru structura oaselor este de 1:1,5 – 1:1,7 în favoarea calciului.

Un alt rol pe care fosforul îl are în organism este cel din metabolismul energetic. Prin digestie, alimentele sunt descompuse în cele trei principii alimentare, proteine, grăsimi și zaharuri, care sunt folosite de organism pentru funcțiile esențiale ale vieții. Aceste funcții necesită în principal energie. În mare, această energie este furnizată instantaneu de glucoza din sânge care ajunge la fiecare celulă în parte, dar energia poate fi transportată sub forma unui „cărăuș universal" pentru ca să poată ajunge oriunde este nevoie. Acest transportor de energie este molecula care se numește adenozin-trifosfat (ATP) în a cărui compoziție intră și fosforul. Cu ajutorul ATP-ului, celula poate beneficia de energia necesară pentru diferitele ei funcții și activități. Fără fosfor, existența acestei molecule nu este posibilă. Când organismul nu are suficient fosfor pentru sinteza ATP-ului, el este mobilizat din oase. În plus față de aceste acțiuni, fosforul mai participă și la echilibrul acido-bazic prin faptul că el are rol în neutralizarea tendinței de aciditate a sângelui atunci când aceasta există.

Necesarul zilnic de fosfor este foarte ușor de luat din alimentație, aproape că nu există aliment care să nu-l conțină. În medie, adulții au nevoie de un aport de 700 mg/zi. Doze mai mari nu prezintă toxicitate, o alimentație tipică poate conține cam de 2-3 ori mai mult fosfor decât avem nevoie.

Alimentele care conțin cel mai mult fosfor sunt: scoicile, codul, ciupercile, sardinele, soia, semințele de dovleac, tonul, somonul, lintea, creveții, carnea de pasăre, iaurtul, ovăzul, broccoli, laptele,

spanacul, sparanghelul, fasolea, roșiile, conopida, uleiul de floarea-soarelui, secara, orezul brun, brânzeturile, cartofii, ouăle etc. Prin gătit, alimentele nu își pierd conținutul de fosfor.

Datorita răspândirii cvasi-ubicuitare în natură, riscul deficienței de fosfor este aproape nul. Totuși, trebuie să amintesc că o dietă sau suplimente prea mari de calciu conduc la afectarea absorbției de fosfor, între cele două elemente existând o relație de care trebuie să se țină cont. Fenomene toxice apar în cazul unei doze de 4000 mg/zi de fosfor.

În cazul persoanelor în vârstă, o dietă echilibrată aduce suficient fosfor. Ca și în cazul calciului, un supliment bine dozat ar fi necesar pentru persoanele cu osteoporoză fără a se neglija că raportul dintre calciu și fosfor trebuie să fie ușor în favoarea calciului sau cel mult egal.

Iodul este un element esențial pentru formarea hormonilor tiroidieni, hormoni cu rol important în metabolismul energetic, al apei și al electroliților, în reglarea temperaturii corpului, a greutății și în activitatea sistemului nervos central.

Organismul își procură iodul din alimente și doza necesară zilnică este de 1-2 micrograme/kilogram corp. O dietă care aduce între 50 și 1000 micrograme/zi este considerată a acoperi nevoile metabolice ale organismului. Peștele și produsele lactate au conținutul cel mai bogat în iod, vegetalele având o concentrație foarte scăzută din acest element.

Se poate spune că iodul se găsește în alimentele de origine animală sau vegetală în funcție de cantitatea de iod care se găsește în solul din care provin aceste alimente. Deoarece sursele naturale de iod nu asigură totdeauna necesarul de iod, el este adăugat în mod curent în sarea de masă pe care o cumpăram de la magazine, numită și „sare iodată“ sau, în unele zone geografice, este adăugat în apa de băut.

Deficiența în iod conduce la perturbări ale sintezei hormonilor tiroidieni și la apariția hipotiroidismului care se manifestă prin reținere de apă în organism, letargie, constipație, scăderea frecvenței cardiace sau încetinirea proceselor cognitive. Teoretic,

excesul de iod ar conduce la hipertiroidism, adică la exagerarea producției de hormoni tiroidieni, însă această afecțiune are în geneza ei mulți alți factori care determină atât sinteza crescută de hormoni, cât și modificarea raportului dintre formele active ale acestor hormoni. Hipertiroidismul se manifestă printre altele prin scădere în greutate, creșterea frecvenței cardiace, febră, transpirații, stare de iritabilitate și neliniște psiho-motorie, anxietate, tulburări de somn. Hipotiroidismul sau hipertiroidismul nu sunt boli favorizate de bătrânețe, dar dacă totuși oamenii bătrâni ajung să aibă astfel de manifestări patologice, înseamnă că ele au debutat și persistat de la vârsta adultă sau chiar mai devreme.

Fierul este cunoscut de toată lumea ca fiind componentul esențial al hemoglobinei și a cărui lipsă conduce la anemie. Hemoglobina este o proteină complexă care captează oxigenul ce traversează membranele alveolelor pulmonare și, de aici, cu ajutorul globulelor roșii, îl transportă la toate celulele corpului și îl face disponibil proceselor oxidative care stau la baza vieții. Fierul este și parte componentă a mai multor enzime și a mioglobinei, substanța proteică din mușchi.

Fierul este luat din dieta alimentară, este absorbit prin mucoasa intestinală, transportat și depozitat în splină, ficat și măduva osoasă roșie, în cantitate de 400- 1000 mg, bărbații având mai mult fier în depozite decât femeile. Absorbția intestinală a fierului este favorizată de prezența vitaminei C și a altor acizi organici, pe când produsele antiacide, polifenolii din ceai sau sărurile de calciu și fosfor reduc absorbția fierului. Aproximativ 30% din fierul din organism se află în depozitele de care am vorbit mai sus, iar restul este sub formă circulantă în sânge și sub formă legată de alte substanțe în celulele corpului.

Absorbția fierului este reglată de cât de mult fier există în depozite și sub formă circulantă. Există un raport între absorbție și utilizarea fierului și, atunci când este nevoie de mai mult fier, absorbția este favorizată, iar când nu, fierul din dietă este eliminat în cantități mai mari. Cu vârsta, odată cu apariția unui grad de atrofie a peretelui gastric și cu scăderea consecutivă a acidității

gastrice, nivelul de fier absorbit scade și în acest caz este folosit cel din depozite. Când celulele roșii mor, durata lor de viață fiind în jur de 120 zile, fierul eliberat nu se pierde, ci este din nou utilizat pentru un nou ciclu. Fierul din organism se pierde prin hemoragii, mai ales cele intestinale și renale cronice, sau, în mod special la femei, prin menstruație sau în timpul graviditații, mama împărțind cu fătul cantitatea de fier din depozite.

Deficitul de fier generează anemia cu celule mici, pentru că reducerea cantității de hemoglobină din sânge duce la micșorarea volumului globulelor roșii. Reducerea cantității de fier conduce și la reducerea competenței imunologice cu scăderea rezistenței la infecții.

Sursa majoră de fier din alimentație o reprezintă produsele animaliere, carnea și lactatele, apoi peștele, ouăle, cerealele și produsele din cereale și vegetalele. Cantitatea de fier din dieta zilnică ar trebuie să fie în jur de 10 mg/zi pentru bărbați și 15 mg/zi pentru femeile înainte de menopauză.

Excesul de fier este toxic pentru diferite organe, precum inima sau pancreasul, și poate conduce la tulburări grave precum hemocromatoza. Acesta este motivul pentru care nu recomand suplimente care să conțină fier. O dietă normală, echilibrată, aduce suficient fier pentru nevoile curente ale organismului la orice vârstă. O cantitate suplimentară va fi avizată doar de un medic.

Zincul ia parte și el, ca și alte elemente, la compoziția și activitatea unor enzime cu rol în controlul diviziunii celulare și al sistemului imunitar. Majoritatea zincului se află depozitat în oase și mușchi și o foarte mică parte se află și în fluidele corpului.

Absorbția zincului se face prin intestinul subțire și este favorizată de prezența fibrelor, iar cantitatea necesară organismului este adusă de alimente, în special de produsele lactate, cereale și produse cerealiere, soia, nuci, carne și pește, ouă și vegetale, produsele animaliere aducând aproximativ 70% din necesarul de zinc.

Necesarul de zinc este de 10-15 mg/zi și se pare că, odată cu vârsta, acesta crește. Totuși, s-a constatat că cei care consumă pe termen lung o dietă bogată în zinc au o creștere a colesterolului

LDL, colesterolul „rău“, ceea ce descurajează și pune un semn de întrebare pentru cei care vor să adauge zinc ca supliment la persoanele în vârstă. Personal, nu recomand adăugarea altei cantități de zinc decât cea care este în complexele de multivitamine și minerale comercializate de firme de medicamente prestigioase.

Seleniul este parte componentă a unei enzime foarte importante în mecanismul de apărare împotriva radicalilor liberi. S-a mai constatat în experimente pe animale că deficiența de seleniu este asociată cu o afecțiune a mușchiului inimii, dar aceasta nu s-a găsit și la oameni. Totuși, indivizii cu o dietă deficitară în seleniu au raportat probleme musculare.

Datorită participării lui la mecanismele antioxidative din organism, se crede că seleniul este important în prevenirea bolilor cronice degenerative, a cancerelor și, implicit, în ameliorarea proceselor care stau la baza îmbătrânirii corpului.

Dieta uzuală zilnică conține în jur de 100 micrograme de seleniu, iar necesarul zilnic ar fi între 60-70 micrograme. Cantitatea cea mai mare de seleniu o aduc carnea și produsele animaliere în general, mai ales organele precum ficatul și rinichiul, apoi peștii și fructele de mare, ouăle și produsele lactate; vegetalele și fructele aduc cantități foarte mici de seleniu, în funcție de solul în care au fost crescute.

Dozele mari de seleniu, de peste 1 mg/zi, sunt toxice și în aceste cazuri apar greață, dureri abdominale, diaree, oboseală musculară, iritabilitate și chiar creșterea nivelului de glucoză în sânge. Nu se recomandă administrarea de doze de seleniu în afara celor conținute în complexele de mutivitamine și minerale.

Fluorul este considerat elementul esențial din compoziția smalțului dentar și astfel menține sănătatea dentiției. El este un mineral care se găsește în cantități mici în toate animalele și plantele pentru că el este un element comun al solului și apei. Se mai crede că fluorul contribuie și la rezistența oaselor în general, cei cu o dietă mai bună în fluor având o densitate osoasă mai mare.

Cantitatea necesara de fluor este între 2 și 4 mg/zi. Această cantitate este luată în mod curent zilnic dintr-o dietă obișnuită.

Fluorul există și în apa potabilă și de aici organismul ia mai ușor fluorul decât din alimente.

Cuprul este conținut în cantități mici în unele proteine ale corpului și în unele enzime și este foarte important în metabolismul fierului, deci în transportul oxigenului în sânge.

Cuprul se găsește în cantități mici într-o varietate mare de alimente, cel mai mult în ficat, carne, pește, fructe de mare, nuci și semințe, spanac, fasole verde, ciuperci. O dietă normală aduce între 1 și 3 mg/zi de cupru, care este exact doza necesară pentru o zi. Doze de peste 10 mg/zi nu au produs efecte toxice, în schimb un aport deficitar de cupru produce anemie, probleme osoase, degenerare neuronală, tulburări ale mușchiului cardiac și ale vaselor de sânge.

Cromul este necesar pentru metabolismul glucozei, facilitând acțiunea insulinei. Lipsa cromului duce la creșterea rezistenței la insulină și a nivelului glucozei în sânge. El se absoarbe în intestin din alimentele ingerate în proporțiile de care organismul are nevoie, iar nevoia zilnică este între 50 și 200 micrograme. Nu este necesară adăugarea de suplimente în cazul cromului.

Molibdenul face parte din compoziția multor enzime cu rol în reacțiile oxidative. Scăderea cantității necesare de molibden conduce la micșorarea duratei de viață. Cantitatea necesară de molibden este luată ușor din alimente precum lapte și produse lactate, fasole, cereale, pâine, roșii, morcovi. Necesarul zilnic este între 75 și 250 micrograme, care este acoperit de dieta normală, iar excesul de molibden poate duce la simptome care seamănă cu cele ale gutei, precum dureri și inflamații articulare. Nu este nevoie de aport suplimentar.

*

În acest capitol, am prezentat o serie de informații despre diete, despre diferite nutrimente care pot fi adăugate suplimentar regimului alimentar pe care cineva îl adoptă, despre vitamine sau electroliți, dar este greu pentru cineva să ia o decizie dacă nu știe unde se află în momentul de față. Așa că te rog să iei din nou caietul în care ți-ai evaluat atitudinile și percepțiile despre bătrânețe și

încearcă să răspunzi <u>în scris</u> la întrebările de mai jos. În felul acesta, vei şti de unde pleci, cine eşti, ce stil de alimentaţie ai, cât de departe sau aproape eşti de ceea ce vrei să aplici de acum încolo, vei putea să afli cât de aderent poţi fi la principiile pe care vrei să le adopţi din cele ce ai aflat până acum. Întrebările sunt următoarele:

Despre cum mănânci:

1. Care este pofta ta de mâncare, cât de mult îți place să mănânci?
2. Mănânci acasă sau în oraș?
3. Mănânci singur?
4. Cu cine mănânci?
5. Cine gătește, tu sau altcineva?
6. Folosești cateringul (comanzi mâncarea pentru acasă)?
7. Îți cumperi singur alimentele sau altcineva?
8. Cine decide ce se cumpără și ce se gătește?
9. Mănânci între mesele principale?
10. Care este mâncarea ta favorită?
11. Vezi vreo problemă în a modifica obiceiurile alimentare și rutinele legate de cumpărat, gătit și servit?

Despre ce mănânci:

1. Mănânci grăsimi, șuncă, slănină, margarină, unt, smântână, prăjeli în ulei sau untură?
2. Obișnuiești să mănânci fructe? Cât de des? Care?
3. Obișnuiești să mănânci vegetale? Cât de des? Care?
4. Mănânci pește? Cât de des? Care? În ce fel preparat?
5. Mănânci lactate? Cât de des? Ce fel?
6. Mănânci dulciuri, ciocolată, prăjituri? Cât de des?
7. Bei sucuri din fructe dulci? Cât de des?
8. Bei băuturi carbogazoase? Cât de des?
9. Bei cafea sau ceai rusesc, chinezesc, ceai verde? Cât de des?
10. Câtă apă bei pe zi?
11. Urmezi un regim alimentar? Ce fel? Pentru ce?
12. Ai anumite intoleranțe alimentare? Care? De ce?

Pe o rubrică mai jos, fă alegerea ta în ceea ce privește alimentația pe care vrei să o urmezi. Scrie detaliat ce vrei să faci, cu ce

regim alimentar vrei să continui, care va fi scopul acestuia, ce alimente vrei să introduci, ce alimente vrei să excluzi, ce vei modifica în felul de gătit și de servit, dacă vrei să iei suplimente sau nu și de care fel. După ce ai terminat, pune data când ai făcut această evaluare.

Deschide caietul peste o lună și răspunde în scris din nou la toate întrebările de mai sus și vezi ce ai realizat față de datele de la care ai pornit. Evaluează astfel cât de aderent ai fost față de scopul și programul alimentar pe care ți le-ai propus și judecă progresul realizat. Poți face periodic astfel de evaluări, pentru că succesul oricărui program alimentar ține de aderența și tenacitatea cu care-l urmezi luni și ani de zile. O dietă ținută doar pentru 2-3 luni, de curiozitate, din graba de a-ți spune că faci ceva, nu are nicio valoare. Succes!

1.3. ÎNGRIJIREA PIELII, A FEȚEI, A PĂRULUI ȘI A UNGHIILOR

Așa cum ți-am amintit de mai multe ori în cartea de față, corpul este receptacolul bătrâneții tale, el îți aduce aminte cel mai des cât de bătrân ești, el le sugerează celorlalți ce vârstă ai, pe el vrei să-l ascunzi, prin el vrei să te deghizezi uneori.

În fond, tu ai rămas același, anii au trecut, iar tu ești aceeași persoană, sigur că s-au adunat de-a lungul timpului un noian de amintiri, de victorii și eșecuri, de neîmpliniri sau „*înțelepciuni*", dar în sine, tu ai rămas același sau aceeași și totuși corpul te trădează, el nu vrea să rămână ce a fost. Mai mult, corpul este cel prin care te lași sau te faci văzut, prin el comunici, pentru că și tu, la rândul tău, te uiți la corpul altora când te întâlnești cu alții și mai ales la fața lor. Într-un fel, noi suntem prizonierii unui corp și a unei fețe care nu ne lasă să ne exprimăm în totalitate selful. De aceea ești îngrijorat(ă) de felul cum arată pielea de pe corpul tău și de pe fața ta.

Uite că au apărut riduri pe frunte, la colțul ochilor, pielea de pe mâini nu mai arată ca înainte, acum a devenit uscată, și uneori

chiar atârnă pe brațe. Mai ales că femeia, prin felul caracteristic de îmbrăcăminte, prezintă celorlalți o suprafață mai mare din corpul său decât o fac bărbații, mai des are mâinile dezgolite până la umeri, sau rochii care arată pielea decolteului sau a picioarelor. Iată de ce tu, ca femeie, ești mai interesată și mai sensibilă la felul cum arată corpul tău, nu numai ca formă, dar și ca „înveliș", cum arată pielea și părul tău, unghiile tale și cum îmbrăcămintea servește sau nu corpului tău.

Fața, sau mai bine zis, pielea de pe față, participă în totalitate la acest proces. Dacă pielea de pe corp mai poate fi acoperită de haine, cea de pe față rămâne totdeauna vizibilă. Ea este cea care ne arată sau trădează vârsta în cele mai multe cazuri. Uitându-te la corpul și mai ales la fața ta, ai nostalgia timpurilor trecute, a felului cum arătai, a chipului pe care-l păstrezi în memorie și pe care l-ai vrut pentru totdeauna.

Imaginile pe care le vedem la noi sau la alții nu sunt absolut conforme cu realitatea, ci mai curând cu sensul sau semnificația pe care le-o dăm. Putem spune că există o sensibilitate variabilă cu privire la starea corpului și a învelișului său tegumentar. Astfel, sunt persoane indiferente la imaginea pielii și a feței proprii, așa cum sunt și persoane a căror imagine reprezintă o sursă de preocupare și chiar de chin. Aici intervine ceea ce discutăm în secțiunea a II-a a cărții, respectiv percepția și atitudinea față de bătrânețe. Dacă ești împăcat cu vârsta ta, ești împăcat și cu aspectul tău exterior. Asta însă nu exclude dorința de a arăta mai bine, mai tânăr, dorință care vine din credința secretă în nemurire.

Nu pot trece mai departe fără a menționa și un alt factor care, în societatea de astăzi, joacă un rol din ce în ce mai mare, dorința noastră de a fi frumoși, de a rămâne frumoși, indiferent de vârstă. Pe măsură ce diferențele dintre bărbați și femei se șterg în multe privințe, mai ales în ceea ce privește îmbrăcămintea, coafura, centrele de fitness sau saloanele de cosmetică pe care le frecventează, în aceeași măsură apare un personaj „*unisex*" care dorește să atragă atenția. Acest personaj leagă din ce în ce mai mult credința că va fi mai bine apreciat, respectat și admirat dacă este frumos,

mereu tânăr, mereu viguros. Însă femeile au fost dintotdeauna tributare credinţei că frumuseţea este un ingredient necesar pentru ca să fie ascultate, pentru a li se căuta compania sau a li se cere opinia. Ele vor fi mai încrezătoaree dacă arată bine, se vor simţi mai în siguranţă dacă îndeplinesc criteriile de frumuseţe, iar frumuseţea lor se sprijină pe ceea ce se numeşte „*cei trei piloni ai frumuseții*“: părul, unghiile și cosmetica pielii.

1.3.1. Pielea

Promovarea aspectului sănătos și menținerea integrității pielii este una dintre preocupările omului odată cu înaintarea în vârstă. Nu este întâmplător că o mulțime de timp, de efort și de bani sunt cheltuiţi de fiecare dintre noi pentru a ne îngriji pielea cu mulți ani înainte de a fi bătrâni. Pentru cei mai mulți, aceasta este însă o rutină înglobată în preocuparea zilnică legată de curățenie, aspect, înfățișare, prezentare, civilitate, iar pentru mai puţini îngrijirea pielii este chiar o credință constantă.

Pielea este stratul nostru exterior, ea este cea care ne desenează conturul, ea este cea care ne desparte de mediul înconjurător, ea este în contact direct cu mediul fizic, ea este „*gardianul*“ integrității organelor de sub ea și, în final, pielea este și cea care trimite un mesaj social, mai ales un mesaj despre vârsta pe care o ai, despre cine ești și cât de bine te menții!

Pielea este organul cu cea mai mare suprafață din corpul nostru, de peste 2 metri pătraţi, și cântărește în jur de 2,7 kg. Este un sistem format din mai multe straturi de țesuturi elastice care se prind de structurile de dedesubtul lor grație țesutului celular subcutanat și grăsos, ceea ce permite pielii să se miște fără să le antreneze pe cele de dedesubt sau ca acestea să se miște fără ca pielea de deasupra lor să se rupă. În mod simplificat, cele trei straturi ale pielii sunt: i) epidermul, care este primul strat al pielii, este un strat de celule epiteliale care se transformă cornos și se exfoliază, lăsând alte celule noi să le ia locul, ii) dermul, care este al doilea strat și care

conține celulele germinative, care generează în permanență epidermul, și care mai conține vasele de sânge, terminații nervoase, glande sudoripare și sebacee, foliculi piloși sau rădăcina părului, și iii) stratul al treilea numit și hipoderm sau stratul celular subcutanat, care este o aglomerare de diferite tipuri de celule conjunctive și grăsoase, de fibre de colagen și de elastină, toate scăldate într-o „*substanță fundamentală*", o substanță vâscoasă ce conferă proprietățile fizice ale pielii (elasticitate și mobilitate). Astfel, putem apuca pielea între două degete fără să mobilizăm și formațiunile anatomice de sub ea. Apucată între două degete, pielea formează o cută numită pliu cutanat, care arată cât de elastică este pielea, în funcție de cât de repede dispare după ce-i dăm drumul dintre degete. Oamenii slabi vor avea un pliu mai subțire, cei grași unul mai gros din cauza cantității de țesut grăsos subcutanat care se antrenează odată cu pielea când o prindem între degete. Cu vârsta, pliul este mai subțire și revine la poziția inițială mai încet. Astfel, după ce dăm drumul la presiunea pe care o exercită degetele care determină pielea să facă un pliu, îndoitura pielii rămâne câteva secunde sau mai mult. Este ca și cum am fi îndoit o foaie de hârtie și apoi vrem să o întindem la loc, dar semnul unde a fost îndoită se vede mult timp. Cu cât semnul acesta rămâne mai mult timp, cu atât pielea este mai bătrână. Acest proces se petrece datorită faptului că pielea suferă un proces de „*senilizare*". Acest proces de îmbătrânire a pielii se petrece mai repede sau mai încet în funcție de factorii genetici, de mediu (de exemplu, expunerea la soare) sau factorii individuali de nutriție.

Pielea are mai multe funcții printre care cea de apărare împotriva agresiunilor fizice directe și împotriva agenților patogeni cu care intră în contact, apoi funcțiile de reglare a temperaturii corpului, de apărare față de radiația ultravioletă a soarelui și funcția senzorială, pielea fiind cea care ne conferă simțul pipăitului, sensibilitatea la durere, presiune, variația de temperatură și de mișcare.

Dar de ce îmbătrânește pielea? În mod schematic, se descriu două clase de factori care conduc la îmbătrânirea pielii: i) factori intrinseci funcționării organismului și ii) factori extrinseci sau factori independenți de această funcționare. Factorii intrinseci

acționează de-a lungul vieții, respectiv timpul pe care organismul îl petrece funcționând. Astfel, este vorba de acumularea de metaboliți toxici, de radicali liberi cu putere oxidativă, de uzura țesuturilor cu apariția de leziuni celulare, modificări ale activității glandelor endocrine precum secreția de melatonină, insulină, cortizol, hormoni tiroidieni, modificări generate de inflamații cronice, perturbări în transcripția informației genetice, acumularea de mici modificări ale ADN-ului, perturbarea funcțiilor unor enzime răspunzătoare de integritatea celulelor și a țesuturilor, de diviziunea celulară etc. Acești factori sunt în fond aceiași factori pe care i-am inventariat atunci când am vorbit de cauzele organice ale îmbătrânirii.

Printre factorii extrinseci ce duc la îmbătrânirea pielii se menționează în special expunerea la razele solare, în special radiația ultravioletă, care conduce la alterări ale stratului cornos al pielii, la scăderea cantității de apă din piele și la apariția în profunzimea ei a mediatorilor inflamației, a enzimelor proteolitice cu distrugere celulară consecutivă, la distrugerea fibrelor de colagen și elastină, modificări ale informației ADN-ului celulelor din piele cu apariția de mutații celulare și apariția celulelor malformate precanceros și canceros. Alți factori extrinseci sunt fumatul și consumul de alcool, expunerea la factori climaterici extremi (temperaturi foarte scăzute sau foarte crescute) sau folosirea de factori degresanți puternici precum agenții de spălare a corpului.

Pielea are o serie de mecanisme de apărare atât față de factorii extrinseci, cât și față de cei intrinseci, aș putea spune că pielea este cel mai rezistent organ al nostru. Cu toate acestea, acțiunea nocivă a acestor factori se cumulează în timp și, astfel, în funcție de rezistența individuală, de zestrea genetică a fiecăruia, piele va ajunge treptat să sufere și să îmbătrânească.

Modificările de îmbătrânire a pielii încep de la suprafață spre profunzimea ei. Epidermul devine mai subțire și mai uscat, are tendința să se descuameze și, astfel, aspectul devine solzos, uscat, fragil și eliberează un fel de „mătreață“ atunci când pielea este frecată ușor. Numărul celulelor care secretă pigmentul pielii descrește cu vârsta și pielea devine mai albă sau mai palidă. La unii oameni,

pielea devine chiar translucidă odată cu vârsta, prin transparența ei observându-se vasele de sânge. Pe de altă parte, pe fondul acesta palid, apar pete pigmentare brune, mai ales pe zonele expuse la soare. Acest pete sunt aglomerări de pigment numit lipofucsină sau de celule pigmentare, melanocite, pete care se mai numesc și „*pete senile*“.

Alte modificări sunt cele legate de elasticitatea și mobilitatea pielii care devine moale, flască, hipermobilă față de planurile anatomice de dedesubt, piele care menține forma pliului cutanat, toate acestea din cauza modificării țesutului conjunctiv cu ruperea reţelei de fibre de elastină și de colagen și cu lichefierea substanței fundamentale în care sunt imersate. Apar zone în care pielea este parcă ruptă, ca pe abdomen sau fese (se mai numesc și vergeturi), apar riduri pe pielea braţelor sau alte zone în care pielea suferă tracţiuni sau mişcări din cauza deplasării membrelor și diferite zbârcituri sau riduri pe față. Toate acestea sunt produse nu numai de pierderea elasticității țesutului conjunctiv din structura pielii, dar și de ruperea legăturilor pielii cu țesuturile pe care era așezată, precum mușchi, structuri osoase sau articulare.

O altă modificare importantă este cea legată de aciditatea pielii. În mod normal, pielea este ca o „*mantie acidă*“, aciditate ce îi conferă o rezistență față de agenți microbieni. Dacă pH-ul sângelui este în jur de 7,4, cel al pielii este între 4 și 6. Odată cu vârsta, există tendința de virare a pH-ul pielii spre alcalinitate. Acest fenomen se mai datorează și spălării cu apă de la robinet care are un pH între 7 și 8,5, și folosirii săpunurilor și a cremelor de corp alcaline.

Alte modificări senile ale pielii sunt keratozele seboreice și angioamele cutanate. Keratoza sebacee sau keratoacantomaul apare pe pielea normală sub forma unei suprafețe plane sau supradenivelate alb-gălbuie care se îngroașă, formând o suprafață verucoasă și keratinoasă de diferite nuanțe mai închise. Ea pornește de la transformarea glandelor sebacee din jurul unui folicul pilos și are dimensiuni de la câțiva milimetri la câțiva centimetri, iar suprafața este keratinoasă și se dezlipeşte parţial când este zgâriată cu unghia. Angiomul cutanat este o aglomerare de vase sangvine

minuscule care creează o denivelare de culoare roșie a pielii. Mai pot apărea negi cutanați ca niște mici tumorete de culoare neagră. Aceste ultime modificări ale pielii trebuie atent urmărite și necesită de multe ori consultarea unui dermatolog pentru a exclude existența unei formațiuni ce necesită atenție medicală.

Toate cele de mai sus arată că îmbătrânirea pielii este un proces lent care apare atât în cadrul general al senescenței, dar și ca expresie a lipsei de atenție sau ignoranță față de îngrijirea ei.

Mai jos ai câteva sugestii pentru prevenirea îmbătrânirii pielii, sugestii pe care te rog să le aplici cu mult timp înainte de apariția transformărilor ireversibile ale structurii anatomice a pielii:

– mănâncă alimente cu conținut ridicat de nutrimente antioxidante, care să combată inflamația, să îmbunătățească sistemul imunitar și să întârzie uzura pielii: mănâncă în fiecare zi cereale, lactate, vegetale (morcovi, sparanghel, broccoli, varză roșie, fasole păstăi, conopidă etc.) și fructe (mai ales fructele roșii, de exemplu, afine, struguri roșii, coarne, coacăze), adaugă nuci și sâmburi, gătește cu ulei de măsline și nu fierbe prea mult legumele, mănâncă de două ori pe săptămână pește, mai ales cel de apă sărată, somon, heringi, sardine și fructe de mare, carne albă de pasăre, evită carnea procesată;
– evită cât mai mult zahărul și dulciurile din alimentația zilnică, pentru că, prin procesul de glicare, se întreține o inflamație cronică a vaselor de sânge și a țesuturilor epiteliale care duce la uzura pielii; dacă îți plac dulciurile, ia în fiecare dimineață o lingură de miere de albine cumpărată de la un producător sigur;
– bea multă apă pentru a menține țesutul conjunctiv hidratat, fibrele de elastină și de colagen sunt plasate într-o masă în care apa reprezintă o mare parte; apa este necesară și pentru a menține fluiditatea sângelui, concentrația de electroliți, osmoza și pH-ul, ca și pentru epurarea toxinelor prin rinichi;
– folosește umidificatori pentru a combate uscăciunea stratului epidermic, precum creme hidratante de corp sau uleiuri de corp care să mențină pielea grasă și flexibilă;

- evită fumatul și consumul de alcool care favorizează inflamația cronică a țesuturilor, împiedică absorbția vitaminelor și a mineralelor necesare, adaugă toxine care conduc la uzura generală a organismului;
- protejează-ți față de acțiunea razelor solare folosind unguente protectoare cu factor anti-UV (contra razelor ultraviolete) mai mare sau cel puțin 30;
- evită săpunurile și șampoanele puternic degresante, fă în fiecare zi un duș doar cu apă simplă și freacă-ți corpul cu mâna sau cu un burete moale; folosește săpunul sau șamponul numai de 1-2 ori pe săptămână;
- folosește creme adecvate pentru tipul tău de piele, care să nu crească pH-ul, adică să nu-l alcalinizeze, și care să conțină vitamine, grăsimi și mineralele necesare;
- ai grijă la reclamele care pot să te deruteze atunci când alegi produsele cosmetice, citește prospectele, obține informații de încredere de la un salon de cosmetică care are credibilitate, informează-te de pe internet, vizitează un medic dermatolog.

1.3.2. Fața

Ne arătăm, căutăm atașamentul, căutăm acceptarea, evităm rejecția, încercăm să știm dacă suntem bine-veniți sau nu, simpatici sau antipatici, pentru toate acestea încercăm să avem o față atractivă... Fața umană este stimulul cel mai frecvent la care este expus un individ, cât și stimulul pe care-l percepe cel mai repede un individ într-un context social. Astfel, într-o mare de oameni, un individ va percepe cel mai repede fețele care sunt întoarse spre el, comparativ cu alți stimuli vizuali sau auditivi din acel context. Dacă mergi pe stradă și cineva are fața întoarsă spre tine, atunci o vei percepe imediat și vei întoarce și tu fața în acea direcție. De multe ori, noi interpretăm acest fenomen ca fiind vorba de „telepatie“, de faptul că o minte comunică cu altă minte, dar, de fapt, privirea umană este atrasă insistent de o altă față umană care este în

apropierea noastră, în câmpul vizual periferic, conștiința neluând parte la acest proces.

Fața mai participă la deosebirea a ceea ce pare familiar de ceea ce pare străin în relațiile interumane. Fața ia parte în mod implicit la exprimarea emoțiilor de jenă, rușine și timiditate. Aplecăm fața în jos când ne este jenă, ne acoperim fața cu palmele când ne este rușine, căutăm să ne ascundem fața când suntem timizi.

Datorită feței ne exprimăm sentimente, emoții și comunicăm „afectiv“ cu cei din jurul nostru, putem arăta emoții de mânie sau de dezgust, ca și emoții de plăcere și bucurie, sentimente de fericire. Tot prin fața umană încercăm să citim mintea celuilalt. Abordăm diferite fizionomii, conștient sau inconștient, unele fizionomii sunt caracteristice, legate de noi, neinfluențate de voință, spontane și fac parte din fața noastră relaxată, neutră, altele sunt jucate, intenționale, prin care vrem să atragem privirile, vrem să comunicăm ceva sau vrem să trecem neobservați.

Ne oglindim în fața celorlalți, de aceea stăm cu fața spre lume, ne oglindim în fața unei puteri mai mari decât a noastră și astfel stăm cu fața spre Dumnezeu.

În final, fața ne dă identitate, am putea spune că fața exprimă mai bine unicitatea decât amprentele digitale. Există astăzi instrumente de a decela și recunoaște o față umană și, astfel, să permită accesul într-un anume loc. Și cu toate acestea, fața este și partea ambiguă din expresia identității noastre pentru că ea joacă între autenticitate și disimulare. Prin ea arătăm cine suntem, dar în spatele ei păstrăm ceea ce este privat sau ceea ce vrem să ascundem. Dacă am fi actori pe o scenă, lucrul pe care am vrea să-l transmitem ar fi mai întâi cu fața și apoi cu vorba!

Și mai este ceva prin care aducem problema feței în acest capitol al cărții. Fața determină în cea mai mare proporție frumusețea noastră și tot ea ne arată cât de tineri suntem sau am vrea să fim. Aparența fizică este foarte importantă pentru om. Aceasta se referă în special la atractivitatea fizică și la consecințele sociale ale acesteia. Astfel, frumusețea fizică a fost asociată cu mobilitatea economică, cu capacitatea de a găsi parteneri pentru întemeierea

unei familii, pentru obținerea unui serviciu bun, pentru a te bucura de mai multe oportunități de petrecere a timpului liber etc. Există un stereotip care spune că „*ceea ce este frumos este și bun*“. Nenumărate studii au arătat că indivizii atractivi fizic sunt considerați a avea și trăsături psihologice frumoase, sunt văzuți într-o lumină mai bună, sunt mai dezirabili social decât indivizii neatractivi; se mai crede că cei atractivi o să o ducă mai bine în viață.

Ceea ce face o față umană să fie frumoasă rămâne încă de demonstrat pentru că criteriile de frumusețe sunt cultural și geografic determinate și nu se poate face astfel o medie. Se poate spune că există chiar o notă de arbitrar în evaluarea atractivității unei fețe umane. Multă lume crede că frumusețea unui chip stă în ochii acestuia. Cu toate acestea, există câteva criterii cu care suntem de acord: i) simetria feței, ii) normalitatea sau gradul de asemănare cu majoritatea fețelor celorlalți din populația din care face parte, iii) evidența caracteristicilor sexuale de pe față care fac ca fața de bărbat să se deosebească de fața de femeie, iv) expresivitatea feței care lasă să se vadă anumite stări psihologice (de exemplu, expresia de bunătate, blândețe, deschidere, capacitatea de exprimare a emoțiilor, capacitatea de exprimare a comunicării, a interesului și participării, a ascultării atente, exprimarea considerației față de interlocutor etc.), și v) sănătatea și culoarea pielii de pe față evidențiate de umiditate, porozitate, netezime, culoare, elasticitate, cantitatea de țesut adipos, prezența ridurilor, grimasele, ticurile, părul de pe față, caracteristici corelate pozitiv cu atractivitatea feței.

Pielea de pe față prezintă în mare aceeași evoluție în timp ca și pielea de pe corp. În plus, pielea de pe față este expusă mai mult razelor solare, condițiilor atmosferice nefavorabile și acțiunii mecanice voluntare, generate de tracțiunile exercitate cu mâna când ne spălăm sau cu alte ocazii, atât voluntare, cât și involuntare. Pielea feței urmează mișcările mușchilor feței atunci când mâncăm, vorbim, clipim sau exprimăm diferite emoții. Atunci când pielea feței îmbătrânește, ea suferă aceleași modificări ca și pielea corpului, respectiv deshidratare, subțiere, pierderea elasticității, apariția de riduri și de pete senile.

Apariția ridurilor pe față este partea cea mai comună din descrierea feței unui om în vârstă. Zonele de apariție a ridurilor sunt cele care au suferit cele mai dese tracțiuni în condițiile activității musculare faciale, precum colțurile ochilor și ale gurii, fruntea sau sub bărbie. Zonele în care apar riduri sunt legate și de frecvența cu care anumiți mușchi faciali își modifică tonusul pentru a exprima starea psihologică comună individului cu fizionomia contigentă acesteia. Aceste pliuri ale feței dau unicitatea feței fiecăruia dintre noi. Astfel, expresiile cele mai comune, contracțiile cele mai frecvente ale mușchilor feței, conduc la imprimarea pe față a expresiei celei mai frecvent luate de-a lungul anilor. Tot așa se explică de ce soții seamănă între ei după mulți ani de conviețuire. Prin imitație, ei împrumută același mod de exprimare facială a emoțiilor, a atitudinilor etc. și atunci le apar aceleași tipuri de riduri.

Pielea de pe față împărtășește aceiași factori care contribuie și la îmbătrânirea pielii de pe corp, precum acțiunea razelor solare, climatul extrem, fumatul și alcoolul, consumul excesiv de dulciuri și alte deficiențe nutriționale (carențe de vitamine liposolubile, microelectroliți), obezitatea, factorii care favorizează inflamația cronică, acumularea de radicali liberi cu putere oxidativă, tulburări ale circulației sangvine, uzura țesuturilor epiteliale și conjunctive, scăderea capacității de reparare a modificărilor suferite de țesuturile pielii. Nu trebuie uitat că pielea de pe față are o expunere la agenții externi mai mare decât pielea de pe corp. Pe lângă toate acestea, la femei mai participă hormonii sexuali specifici, precum estrogenii și progesteronul. Prin variația lor lunară, care generează ciclul menstrual, pielea suferă modificări periodice ale nivelului de hidratare, de vascularizare, ale intensității metabolismului intrinsec, variații care conduc la uzura epidermului, la modificarea precoce a substanței fundamentale a dermului, a celulelor epiteliale și conjunctive și a fibrelor de elastină și colagen, cu pierderea consecutivă a elasticității și apariția ridurilor. După menopauză, cantitatea de estrogeni scade și procesul de îmbătrânire a pielii la femei se accelerează prin scăderea umidității și a elasticității, subțierea epidermului, atrofia dermului, scăderea numărului de melanocite

(celulele pigmentare ale pielii) și ruperea fibrelor elastice. Iată de ce mulți medici dermatologi recomandă tratamente substitutive cu estrogeni pentru restabilirea aspectului vital, sănătos, al pielii feței la femei. Unele creme de față conțin acești hormoni în compoziția lor, dar nu este rolul acestei cărți de a recomanda acest tip de tratamente care sunt de competența unui medic dermatolog. Aici eu o să inventariez doar unele dintre metodele care stau în puterea și decizia fiecăruia dintre noi, pe baza unei cunoașteri generale a procesului de îmbătrânire a pielii și pe baza dorinței noastre de a face din bătrânețe o perioadă senină a vieții noastre. Iată aici câteva dintre recomandările mele:

– spală-te pe față cu un săpun neutru (de exemplu, săpun cu glicerină) și doar atunci când este cazul pentru degresare, pentru a nu modifica pH-ul pielii; în rest, spală fața doar cu apă la temperatura camerei și cu o mângâiere ușoară a mâinilor;
– nu folosi apă fierbinte pentru spălarea sau degresarea feței;
– evită orice tracțiuni asupra pielii feței, atât cu ocazia așa-ziselor masaje faciale, dar și când folosești prosopul, orice tracțiune brutală asupra pielii duce la ruperea fibrelor elastice și la dezinserția ei de pe planurile mai profunde ale feței;
– poți folosi substanțe speciale de spălare a pielii, de degresare, de „demachiere“, substanțe care respectă atât pH-ul pielii, cât și cantitatea de grăsimi care trebuie să rămână pe suprafața pielii pentru a asigura protecția și elasticitatea ei;
– folosește creme hidratante pentru piele, creme care să aducă vitaminele și mineralele necesare ca și substanțele grăsoase care să protejeze suprafața pielii;
– mai există și creme cu agenți antioxidanți care caută să neutralizeze „stresul oxidativ“ creat de procesele metabolice din țesuturi;
– evită pe cât posibil expunerea la radiațiile ultraviolete din spectrul radiației solare, obișnuiește-te să te informezi zilnic asupra indicelui de radiație ultravioletă și aplică pe față o cremă protectoare cu factor de protecție în funcție de cât de mare este acest indice. Indicele de radiație ultravioletă este o

estimare internațională a nivelului acestei radiații care ține cont de lungimea de undă a acesteia (ceea ce dă și gradul ei de periculozitate pentru pielea umană) și concentrația stratului de ozon care ne apără de această radiație. Acest indice se întinde de la 1 la 15, ultimul fiind cel mai periculos;

- folosește ochelari de soare atât pentru protecția ochilor, cât și pentru protecția pielii din jurul ochilor care este foarte sensibilă și care are tendința de a îmbătrâni mai repede;
- hidratează-te zilnic în mod adecvat, ține o dietă mediteraneeană cu cereale, legume, fructe, lactate, pește și ulei de măsline extravirgin;
- evită pe cât posibil dulciurile concentrate, fumatul și alcoolul;
- nu uita că odihna este unul din ingredientele esențiale pentru a avea un ten sănătos;
- evită obiceiul de a ține mâna pe față sau a te șterge pe față de transpirație sau atunci când consideri că este necesar; mâna aduce substanțe iritante și microbi, sporește iritația prin tracțiunile pe care le exercită, produce excoriații (mici zgârieturi) din cauza unghiilor sau a inelelor de pe degete; nu „stoarce" coșurile sau alte elemente care apar pe piele, tratează-le cu blândețe, dezinfectează cu apă și săpun neutru, adresează-te medicului de familie sau dermatologului când ai întrebări referitor la ceea ce ți-a apărut pe față;
- pentru probleme specifice adresează-te medicului dermatolog, ai grijă și nu te lăsa sedusă de reclame și cosmeticieni fără o educație profesională adecvată.

1.3.3. Părul

Ne amintim foarte bine cu ce surpriză am constatat că ne-a apărut un fir de păr alb pe cap. Ne uităm la alții și constatăm că au tâmplele argintii și spunem că au început să îmbătrânească. Ne uităm apoi la fața lor să vedem dacă se potrivește sau nu cu părul alb și concluzionăm că au încărunțit prea devreme sau prea

târziu. Toate acestea ne amintesc că părul ne arată vârsta cu oarecare aproximație.

Părul este un țesut viu care are o structură proteică cornoasă. El ia naștere dintr-un folicul pilos aflat în structura pielii. Viața unui fir de păr este între 2 și 7 ani după care cade și crește altul. Cantitatea de păr și viabilitatea lui sunt determinate genetic și endocrin, iar culoarea părului este dată de cantitatea de pigment produsă de celulele pigmentare din piele, respectiv melatonină.

Se consideră că începând de pe la 30 ani părul începe să „îmbătrânească“ și primul semn este subțierea și apoi albirea firului de păr. Căderea firelor de păr semnifică mai mult condiții genetice și hormonale, decât vârsta părului. Oricum, odată cu vârsta se constată atât subțierea firului de păr, creșterea friabilitățí lui, de exemplu se rupe mai ușor și vârfurile părului apar bifurcate, cât și rărirea densității firelor de păr și pierderea pigmentului cu albirea lor. Aceste fenomene se petrec cel mai mult la părul de pe pielea capului, dar senescența părului este un fenomen general care afectează și alte zone cu pilozitate de pe corp.

Părul de pe cap face parte din chipul cu care ne prezentăm. Expresia și culoarea ochilor, fizionomia și felul cum ne aranjăm părul de pe cap sunt părțile cele mai importante din înfățișarea noastră fizică. Cu această compoziție noi apărem în locuri sociale și majoritatea covârșitoare dintre noi pune mare preț pe felul cum suntem priviți și ce impresie lăsăm. Se spune că felul cum ne îngrijim și ne aranjăm părul ne arată cine suntem, subliniază identitatea noastră din toate punctele de vedere. Și așa cum noi am evoluat de-a lungul secolelor, tot așa a evoluat și aranjatul, tunsoarea, pieptănatul sau coafatul lui. Însă ceva a rămas constant; părul la femeie a fost dintotdeauna un obiect al frumuseții, iar la bărbat părul a avut mai mult un aspect funcțional. Odată cu apariția persoanei „unisex“ problema începe să fie egal răspândită la femei și la bărbați!

De-a lungul istoriei, oamenii au purtat părul în diferite moduri, el jucând un rol important cultural și social. Astfel, indiferent de timpul istoric de care vorbim, stilul aranjatului părului a fost determinat de vârstă, statutul marital, clasa socială sau credințele

religioase. Aceste variații au fost valabile mai mult pentru femei decât pentru bărbați. În Antichitate părul la femei era purtat și aranjat ca o podoabă de frumusețe. Apoi religia le-a constrâns la o atitudine reticentă și, astfel, părul lor nu a mai putut fi vopsit, coafat sau tuns, iar femeile de la o anumită vârstă sau cele căsătorite trebuiau să și-l acopere tocmai pentru că părul era considerat ca făcând parte din atractivitatea unei femei. Doar de la începutul secolului XX în cadrul mișcării de emancipare, femeile au început să-și taie parul, să-l vopsească și să-l coafeze conform modelor succesive. Există și considerente religioase care modifică în mod radical această atitudine.

După cum spuneam mai sus, stilul pe care-l îmbracă tunsoarea și aranjatul părului atât la femeie, cât și la bărbat u depins foarte mult de vârstă, oamenii dorind să pună în acord aspectul feței cu cel al părului. Și aici există o variație, existând bărbați și femei care caută ca prin felul cum își poartă părul să pară mai tineri decât vârsta pe care o au. Este bine că nu există o regulă după care să ne luăm, ci doar sugestiile pe care moda ni le dă și așa zisul „bun simț", adică acel simț estetic și de civilitate care nu ne lasă să devenim ridicoli.

Sunt convins că și pentru tine, dragă cititoare, părul este un domeniu de mare interes. Nici bărbații care mai au păr nu sunt total dezinteresați de acest subiect. În cele ce urmează eu o să-mi permit să ofer câteva sugestii despre îngrijirea părului odată cu vârsta. De la început trebuie să spun că fiecare are propria concepție, propriul stil despre cum își poarta părul și acesta este rezultatul unei deliberări interne între ceea ce vede la alții, ce înțelege din moda actuală și ceea ce crede că îl reprezintă. De aceea, sugestiile de mai jos sunt legate mai mult de felul cum să îngrijim părul ca el să nu îmbătrânească prea repede, decât despre felul cum să-l purtăm, stilul purtării părului fiind o problemă foarte personală.

1. folosește o dietă mediteraneeană cu lactate, cereale, pește, nuci, ulei de măsline, mănâncă la fiecare masă vegetale bogate în vitamine și minerale, încheie fiecare masă cu fructe, evită dulciurile concentrate și carnea procesată;
2. bea multă apă și calculează ca în fiecare zi să ai un aport de minimum 2 litri de lichide;

3. Evită consumul de alcool și fumatul, factori care favorizează îmbătrânirea țesuturilor în general, și a pielii și părului, în special;
4. Folosește un umidificator pentru păr, el având tendința să fie mai uscat și friabil odată cu înaintarea în vârstă;
5. Încearcă să porți părul mai scurt odată cu vârsta; faptul că firul de păr începe să devină mai subțire, mai puțin elastic și friabil face ca lungimea lui să favorizeze ruperea și, astfel, rărirea părului de pe cap;
6. Evită expunerea prelungită la soare, părul fiind și el sensibil la razele calorice și cele ultraviolete din radiația solară; expus la soare, părul se încălzește, se usucă și, astfel, se grăbește procesul de îmbătrânire și de fragilizare a lui;
7. evită spălatul părului cu săpunuri și șampoane puternic degresante, ca și frecarea viguroasă a lui atunci când te speli pe cap. Degresarea excesivă a părului îl expune atât la acțiunea factorilor fizici externi (temperatură, radiație solară), cât și la perturbarea activității glandelor sebacee și la degresarea pielii capului, uscarea pielii capului și la accentuarea procesului de cădere a părului;
8. După spălarea cu șampon, folosește un balsam, adică o loțiune care conține vitaminele și mineralele pentru întreținerea părului; la magazinele de cosmetică, există diferite produse de acest fel;
9. În ziua în care nu ți-ai spălat părul, perie-l îndelung cu o perie de cap, această periere înlătură grăsimea în exces de pe păr, impuritățile care s-au prins pe părul gras și asigură o „gimnastică“ binefăcătoare foliculilor piloși și pielii capului în general;
10. Când îți usuci părul, evită uscătoarele de păr care debitează aer prea fierbinte, mai bine este să te usuci cu un prosop de bumbac pe care să-l ții înfășurat în jurul capului și să stai într-o cameră cu temperatură normală;
11. Dacă obișnuiești să-ți vopsești părul, caută să faci acest procedeu în locuri autorizate, cu personal calificat care utilizează înălbitori, stabilizatori și coloranți de calitate adecvată și

fără nocivitate pentru procesul de creștere și de menținere a vitalității părului;
12. Îți recomand să adopți o coafură adecvată formei feței tale, culorii pielii, anotimpului și mai ales statutului social și profesional, nu folosi stiluri extravagante, poți să adopți o pieptănătură pentru o vârstă mai tânără decât cea pe care o ai, dar păstrează o limită dincolo de care să nu treci;
13. Recomand ca stilul de coafură să fie simplu și realist, adică să nu necesite tunsori și substanțe fixative, să nu consume timp și să nu se deterioreze peste zi;
14. când adopți coafura sau stilul tău de a-ți aranja părul, detașează-te de gândul la ce o să zică alții, eliberează-te de așteptări fanteziste, încearcă să adopți ceva care să te mulțumească zi de zi și în orice împrejurare și care să pună o „marcă" pe identitatea ta;
15. Încearcă să fii satisfăcută și cu rezultate parțiale, nu căuta perfecțiunea, nu te compara cu standarde irealizabile; important este să lași impresia unui păr îngrijit și decent, concordant cu cine ești și cu poziția pe care o ai în lume, nu căuta să frapezi prin coafură, există riscul să fii subiectul unor comentarii negative.

1.4. ACTIVITATEA FIZICĂ ȘI EXERCIȚIILE FIZICE

Conform celebrului studiu despre bătrânețe făcut de Fundația MacArthur din SUA în 1998, menținerea unei activități fizice de-a lungul vieții și o bătrânețe sănătoasă merg mâna în mâna. Acest studiu a găsit că mulți oameni foarte bătrâni fac încă o activitate fizică intensă precum înot, ridicare de greutăți, yoga, alergare, diferite sporturi cu mingea, ciclism, participă la programe de fitness precum zumba.

În culturile tradiționale, conform organizării vieții familiei și a celei de zi cu zi, bătrânii rămân angajați în activități fizice prin natura activităților gospodărești precum grădinărit, îngrijirea

casei, procurarea și aprovizionarea cu cele necesare traiului etc. Se pare că organizarea corpului uman este potrivită cu acest fel de activități, însă viața modernă l-a făcut pe om să petreacă mai mult timp șezând sau petrecând timpul în activități fără deplasare motorie și fără consum de energie. Pe de altă parte, viața modernă, prin organizarea ei, nu mai furnizează omului oportunități de activități fizice, astăzi oamenii trebuie să-și găsească programe recreaționale dacă doresc să se implice în activități fizice. Din această cauză, uneori este greu de menținut o balanță fiziologică între pasivitate și activitate fizică, iar datorită popularizării excesive a rolului exercițiilor fizice în prelungirea vieții, există indivizi care exagerează și se expun riscului de efecte adverse precum afectări ale mușchilor, ale articulațiilor, ale oaselor, ale sistemului nervos, cardiovascular sau imunologic. Destul de des se întâlnesc afectări ale articulațiilor la oamenii bătrâni care exagerează cu exercițiile fizice sau la cei care locuiesc la țară și au grădină sau pământ agricol propriu. În aceste din urmă cazuri, leziunile articulare, mai ales la genunchi și șolduri, sunt cauzate mai ales de repetarea la infinit a acelorași mișcări care au condus la uzura articulară.

De cele mai multe ori, programele de activitate fizică ale omului matur sau chiar bătrân de astăzi sunt legate de dorința de a diminua cantitatea de țesut adipos de pe corp. Dacă aceste programe sunt prea intense și însoțite de diete hipocalorice, există riscul de leziuni musculare, depresarea activității imunologice sau apariția de boli neurodegenerative. Facem adesea greșeala de a ne compara cu atleții pe care îi vedem pe stadioane și de a ne baza pe credința că activitatea fizică intensă se corelează cu sănătatea cardiovasculară. S-a constatat că un corp cu foarte puțin țesut adipos este foarte vulnerabil la boli infecțioase, tot așa cum un corp cu prea mult țesut adipos este vulnerabil la boli cardiovasculare și diabet de tip II. Se știe că activitatea fizică aerobă, consumatoare de oxigen, este un generator important de radicali liberi și, astfel, dacă se exagerează cu programul de exerciții fizice, cantitatea de metaboliți oxidativi din corp crește și se mărește vulnerabilitatea pentru inflamații cronice, pentru boli cardiovasculare etc. De aceea, principala preocupare

pentru un individ care se îngrijeşte de felul cum îmbătrâneşte este să găsească echilibrul potrivit între odihnă și activitatea fizică adecvată metabolismului propriu și vârstei la care a ajuns.

Când vorbim de activitate fizică, înțelegem mai multe componente: exercițiul aerobic, mersul pe jos, înotul, mersul pe bicicletă, exercițiul la aparate de fitness și întreținerea flexibilității și a echilibrului.

1.4.1. Exercițiile aerobice sau „*cardio*"

Exercițiile aerobice, numite și „*cardio*", reprezintă activitatea fizică care conduce la creșterea funcționării sistemului respirator și cardio-vascular, ce se exprimă prin mărirea frecvenței cardiace și respiratorii. Această creștere a activității acestor sisteme reprezintă strădania organismului de a aduce cât mai mult oxigen mușchilor implicați în această activitate. Aceasta se poate realiza prin alergare pe pistă, pe stradă sau pe trade-mill (covor rulant sau „bandă"). Cu cât rezistența unei persoane este mai mare, cu atât creșterea frecvenței cardiace și respiratorii este mai puțin frecventă și apare mai târziu. La fel, cu cât o persoană este mai bine antrenată, cu atât timpul scurs de la oprirea activității fizice până la revenirea la normal a frecvenței respiratorii și cardiace este mai scurt. O activitatea fizică asociată cu creșterea moderată a frecvenței cardiace și respiratorii este benefică pentru organism pentru următoarele motive:

– menţinerea sistemului cardiovascular în condiţii de bună funcţionare: întreţine contractilitatea și forţa mușchiului cardiac, menţine elasticitatea și tonusul musculaturii pereţilor vasculari, menţine presiunea arterială la valori normale;
– consumă caloriile suplimentare aduse de o alimentaţie în exces, altfel aceste calorii s-ar depozita sub formă de țesut grăsos; exercițiul fizic nu este totuși o rețetă pentru a reduce volumul țesutului adipos, ci numai o dietă hipocalorică poate realiza acest lucru; este o greșeală să se facă activitate fizică în exces doar cu gândul că persoana o să slăbească;

- întreținerea sistemului muscular și osteo-articular în bune condiții;
- menținerea sistemului imunologic, activitatea fizică având rol în întreținerea imunocompetenței;
- menținerea unei condiții psihologice funcționale prin susținerea activităților cognitive (resetarea neuromediatorilor și efect asupra hipocampusului și a memoriei) și a emoționalității, activitatea fizică declanșând producția de endorfine, mediatori ai plăcerii și durerii, cu apariția bunei dispoziții, a optimismului și a sentimentului de bunăstare. Se știe că informațiile transmise de la periferie, din toate articulațiile și mușchii corpului, ajung la creier și împreună formează imaginea corporală. Pe această imagine a corpului se construiește „mintea“, cu cât avem mai multe informații de la periferie, cu atât rețeaua neuronală care stă la baza „minții“ este ținută mai bine în viață. Dacă vom scădea prin pasivitate, aceste informații și mintea noastră va fi mai săracă, mai adormită, mai pasivă. Noi trebuie să facem totul, pe măsură ce îmbătrânim, să menținem acest flux de informații de la corpul nostru la creier pentru a-l menține într-o condiție funcțională corespunzătoare. Aici este una dintre explicațiile pentru care activitatea fizică întârzie declinul cognitiv și apariția bolii Alzheimer.

Dacă te decizi să adopți un program de exerciții aerobice, acest program trebuie să cuprindă:

- alegerea locului dezirabil, accesibil, de alergare, de exemplu, alergare pe stadion, pe stradă, pe o pistă artificială sau pe covorul rulant acasă sau la centrul de fitness;
- alegerea locului de alergare în funcție de anotimp și de condițiile meteorologice (căldură excesivă, ploaie, vânt, zăpadă);
- existența de locuri accesibile alternative pentru cazurile în care vremea este nepotrivită;
- timpul zilei alocat pentru această activitate fizică;
- zilele în care se aleargă; se recomandă să se alerge în fiecare zi, o distanță sau în timp fix, care să țină cont de rezistența individuală.

Ce să alegem? Totul depinde de vârsta pe care o avem în prezent, de cât de bine ne simțim fizic, de cât de aderenți suntem la idea că exercițiul fizic este un lucru care ne ține departe de procesul de îmbătrânire, de experiența de până acum, de istoria problemelor de sănătate de până acum și de problemele de sănătate din momentul de față. În general, pot spune cu certitudine că cu cât aceste exerciții sunt începute mai devreme în viață, cu atât ele sunt mai benefice pentru organism. Apoi mai contează persistența în practicarea exercițiilor fizice. Una este să fi făcut sport la tinerețe, apoi ani buni să fi fost sedentar, ca mai apoi, la bătrânețe, să începi să alergi pentru că ai constatat că ai burtă, și alta este să fi făcut jogging toată viața fără întrerupere dintr-o „filozofie" de întreținere corporală și mintală.

Practic, îți recomand să începi cu o alergare de probă care să măsoare distanța până la care pulsul și frecvența respirației au ajuns la un punct pe care să-l consideri ca limită, de exemplu, 140 bătăi cardiace pe minut, și să menții această distanță mai multe zile la rând; această distanță o vei numi „*perimetrul tău de alergare*". Vei alerga în fiecare zi cu aceeași viteză și vei măsura de fiecare dată frecvența respirației și a pulsului când termini alergarea acestei distanțe. O să constați după o perioadă de timp că, la sfârșitul parcurgerii acestei distanțe, frecvența respirației și a pulsului este mai mică. Atunci vei putea crește distanța cu încă puțin până vei obține iarăși 140 de bătăi cardiace pe minut și, astfel, perimetrul tău de alergare se va mări progresiv. Vei constata că ești din ce în ce mai antrenat și, astfel, vei crește perimetrul tău de alergare până la pragul pe care vrei să-l menții de acum încolo, de exemplu, vei alerga în fiecare zi 4 km cu același pas de fiecare dată. Dacă alergi pe bandă, vei afla și câte calorii consumi pentru alergarea acestei distanțe, dar poți să utilizezi aparate portabile moderne de măsurare continuă a frecvenței cardiace și a numărului de pași, de exemplu ceas sau bandă în jurul brațului. Aceste valori, frecvența cardiacă pe distanța standard sau numărul de calorii consumate, sunt cele care îți vor arata cât de antrenat ești și dacă poți eventual să mărești perimetrul de alergare sau, din contră, să-l micșorezi.

Pe parcursul acestui program trebuie să monitorizezi starea muşchilor şi a articulaţiilor. Ai totdeauna grijă să-ţi întinzi articulaţiile și muşchii, făcând mişcări de elongare, și să-ţi încălzeşti muşchii, făcând câteva mişcări de alergare pe loc, înainte de a începe alergarea propriu-zisă. Dacă faci „febră musculară", înseamnă că distanța pe care ai ales-o este prea mare, pentru că febra musculară trădează faptul că s-a acumulat acid lactic în muşchi, compus produs de metabolismul energetic al muşchiului la efort, situație pentru care nu ești încă adaptat. Dacă apare, este bine să iei vitamina C, să masezi mușchiul ușor pentru a îmbunătăți circulația și, în caz de durere mare, poți să masezi mușchiul cu un unguent antiinflamator (Voltaren, Diclofenac) sau să iei un antiinflamator pe gură (aspirină, ibuprofen etc.). Dacă durerea nu trece până a doua zi, înseamnă că este nevoie de un repaus de 1-2 zile și de restructurarea distanței de parcurs. La fel, dacă apar dureri articulare, mai ales la genunchi, este bine să masezi articulația cu unguent antiinflamator și să regândești distanța de alergare sau să renunţi la acest program în favoarea unuia mai puţin solicitant pentru articulaţii, precum mersul pe jos despre care îți voi vorbi mai departe. Dacă durerea articulară persistă, poate fi vorba de o leziune de uzură a articulației (artroză) și este necesară consultarea unui medic pentru tratament corespunzător.

Dacă vei persista cu acest program de alergare o să constați că, după o perioadă, vei deveni „adictiv", adică nu o să poți să stai fără să alergi, o să simți o chemare, o dorință de alergare, tot așa cum un dependent de drog simte lipsa acestuia. Există riscul ca această dependență să te facă să exagerezi, să alergi chiar dacă ai dureri articulare, chiar dacă ceva din corpul tău îți spune că este prea mult. Trebuie să înțelegi că alergarea pe care ţi-o recomand este doar un program de menţinere a sănătății și nu o performanță de care să-ţi legi stima de sine, orgoliul sau vanitatea. Mai mult, dacă vei alerga de-a lungul anilor, va trebui să accepţi că, odată cu trecerea timpului, deși ești antrenat, trebuie să reduci perimetrul de alergare pentru că orice exagerare se va răsfrânge asupra organelor ce susţin efortul aerobic, adică inimă și plămâni, și asupra mușchilor și articulațiilor.

1.4.2. Mersul pe jos

Este exercițiul fizic cel mai la îndemână și, de aceea, și cel mai utilizat și mai des invocat de cei care popularizează importanța mișcării pentru oamenii de peste o anume vârstă. Trebuie de la început să spun că organismul uman este conceput să meargă. Desenul membrelor inferioare, articulația lor cu corpul, coloana vertebrală, balansul mâinilor, echilibrul datorat sistemului nervos, toate sunt făcute astfel încât să poată fi posibile poziție bipedă și mersul pe jos. Putem spune că mersul pe jos este mișcarea primordială a omului pentru că prin ea ne deplasăm firesc pentru a ne satisface nevoile bazale.

În general, mersul pe jos nu consumă multă energie dacă el este firesc, adică dat de ritmul pașilor specific fiecărei persoane. Se consideră că omul parcurge cu acest ritm o distanță de 4 km într-o oră. Desigur, există variații individuale date de înălțime, lungimea picioarelor, frecvența pașilor, forța musculară.

Există diferite stiluri de mers pe jos pe care tu le poți adopta: i) mersul pe jos spontan, firesc, cel pe care-l faci când te plimbi, fără să-ți impui un ritm sau o forță anume, mersul în timpul căruia te poți gândi și imagina ce vrei; ii) mersul activ, în care mergi cu o viteză mai mare decât cea obișnuită, cea pe care o adopți când te plimbi; iii) mersul atunci când mergi foarte repede, dar nu fugi și când membrele superioare sunt flectate din cot și palmele la nivelul pieptului, mișcându-se activ, în ritmul pașilor, cu scopul de a ține balansul corpului, și iv) mersul cu sprijin pe bețe (trekking), mers în care ții în fiecare mână un băț precum cel pentru schi și pe care-l sprijini pe pământ atunci când faci pasul cu piciorul contralateral; acest tip de mers solicită și jumătatea superioară a corpului, antrenând mai mulți mușchi la activitatea de mers pe jos.

Recomand să mergi pe jos în fiecare zi timp de minimum 30 de minute într-un ritm susținut sau 45 de minute într-un ritm „de plimbare". Este bine să porți încălțăminte moale, pantofi de sport și să alegi traseul de mers în așa fel încât să-ți permită un mers continuu, nefragmentat și care să-ți ofere plăcerea mersului pe jos,

astfel încât să nu reprezinte o corvoadă. Există brățări sub forma unui ceas care măsoară pașii parcurși în funcție de balansarea mâinii. Dacă îți procuri un astfel de aparat, poți să faci un barem zilnic al plimbării în funcție de numărul de pași parcurși în 30-45 de minute. Dacă această distanță este ușor de parcurs pentru tine, poți să o mărești sau poți să utilizezi un traseu care să fie variat, cu suișuri și coborâșuri și, astfel, să solicite mai mult atât musculatura, cât și sistemele care susțin consumul energetic, precum inima și plămânii.

Ca și în cazul alergatului, mersul pe jos folosește musculatura picioarelor, mușchii respiratori (diafragma și mușchii intercostali), mușchiul cardiac și mușchii spatelui și ai brațelor, în mod accesoriu. În cazul mersului forțat sau al mersului cu bețe de trekking, mersul pe jos este mai dificil și consumă mai multă energie, așa că și perimetrul de mers poate fi altul.

1.4.3. Mersul pe bicicletă

Reprezintă un alt gen de mișcare fizică ce antrenează musculatura picioarelor, dar și alte grupe musculare, precum cele ale brațelor și umerilor. Ca și în cazul altor exerciții fizice, mersul pe bicicletă se poate face în diferite „regimuri“ de forță, respectiv cu viteză mai mare sau mai mică, pe drum plat sau pe un traseu cu denivelări, urcușuri și coborâșuri. Această activitate mai depinde și de echipament, respectiv de tipul de bicicletă, respectiv de curse, de semicurse, de oraș sau de ciclism montan, precum și de accesul la drumurile publice, la pistele orășenești de biciclete sau la pistele special amenajate pentru „mountain-bike“ prin pădure sau teren accidentat.

Atunci când te-ai hotărât să practici regulat mersul pe bicicletă, trebuie să determini cu grijă perimetrul tău de mers, adică distanța sau timpul în care poți merge pe bicicletă fără să ajungi la cifre prea mari ale frecvenței cardiace și respiratorii care să dăuneze organismului. Poți să-l numești și perimetrul tău energetic. Îți vei lua pulsul la diferite distanțe de mers cu bicicleta și o

să constați că acesta se accelerează pe măsură ce distanța parcursă sau viteza de deplasare este mai mare, fenomen care trădează munca inimii de a debita în corp din ce în ce mai mult sânge pentru a aduce oxigen la mușchii care fac efort. După această perioadă de creștere a pulsului, urmează o perioadă de menținere în platou, când frecvența cardiacă a ajuns în regimul de funcționare adecvat pentru efortul pe care-l faci. Acum ai prins regimul de efort pe care poți să-l practici, fără să pui în pericol echilibrul metabolic al organismului. Dacă o să mărești viteza de pedalare sau o să fii nevoit să urci un deal sau să rămâi în șa mai mult timp, o să constați că pulsul crește și atunci începi să gâfâi și să simți că nu mai ai energie și oxigen. Acum ai depășit perimentul tău energetic în care poți să te „miști“ fără să depășești pragul dincolo de care organismul nu mai poate face față la efort. O să constați că, atunci când depășești acest perimentru energetic, începi să gâfâi; dacă te oprești, gâfâitul și bătăile cardiace se mențin ridicate un timp ca mai apoi să scadă treptat. De ce se întâmplă așa? În interiorul perimentului energetic, inima și plămânul tău, funcționând la parametri ridicați, reușesc să aducă oxigen atâta cât ai nevoie pentru efortul pe care-l faci. Când cantitatea acestui efort este prea mare, organismul va utiliza mecanisme anaerobe care vor trebuie să compenseze lipsa oxigenului. Se spune că atunci tu contractezi o datorie de oxigen pe care o „plătești“ când te oprești și inima și plămânii încă funcționează cu frecvență ridicată. Când această frecvență a ajuns la normal, poți spune că deja ți-ai plătit datoria de oxigen. Cu cât datoria de oxigen, adică activitatea musculară, s-a făcut în regim de lipsă de oxigen, de activitate anaerobă, cu atât timpul de revenire a frecvenței cardiace și respiratorii va fi mai lung. Dacă ești antrenat, datoria de oxigen se formează mai greu pentru că inima și plămânii sunt antrenați să-și facă munca și la eforturi mai mari. Acest lucru se menține prin antrenament gradat pe baza integrității anatomo-fiziologice a organismului. De fapt, atunci când te antrenezi, nu faci altceva decât să îți antrenezi nu numai mușchii, ci și inima și plămânii. De aici vine beneficiul pe care activitatea fizică îl are asupra organismului de-a

lungul vieţii. Este normal să ne închipuim că, odată cu vârsta, odată cu procesele de involuție a organismului ca întreg, și capacitatea noastră de efort, perimetrul nostru de mers, scade proporţional, la unii mai repede, la alţii mai încet, în funcţie de o mulţime de factori printre care istoricul nostru de practicare a exercițiilor fizice, alimentația, evitarea alcoolului și a fumatului, odihna, zestrea genetică.

Vreau să mai fac o remarcă, ciclismul poţi să-l practici în fiecare zi în care ai oportunitatea și dispoziția. Dar el nu este o activitate fizică de lung parcurs și nici destul de constantă care să-ţi dea posibilitatea să-ţi menţii forma fizică. În condiţiile organizării stradale de la noi, a traficului urban, a facilit″ăților specifice pentru cei care merg cu bicicleta, ciclismul poate fi considerat mai mult o activitate fizică recreaţională care se practică din când în când. În plus, ciclismul, chiar dacă ai o istorie îndelungată de practicare a lui, nu poate reprezenta și o activitate fizică pentru o vârstă mai înaintată din cauza riscurilor pe care le presupune (căzături sau accidente de trafic cu probabilitatea de traumatisme și fracturi). Așa că eu sunt partizanul exercițiilor fizice făcute direct, pe picioare, adică alergatul sau mersul de jos. Acestea pot fi considerate fundamentul activităților fizice pe care poți să le faci, *„pachetul de bază*“, iar ciclismul doar o activitate recreaţională, episodică, dependentă de anotimp, de condițiile meteorologice, de companie, dispoziţie psihică etc., care vine să adauge ceva în plus, dar nicidecum să se substituie „pachetului de bază“. Mai trebuie să adaug că exercițiul fizic precum mersul pe bicicletă se poate executa și acasă, pe bicicleta ergometrică, sau la sala de fitness care oferă diferite tipuri de biciclete care imită mersul pe teren plat sau pe teren accidentat etc. Aceste biciclete statice reproduc în mare mersul natural pe bicicletă, dar nu vor putea înlocui activitatea de coordonare și echilibru pe care o solicită bicicleta adevărată. Ori menținerea echilibrului și coordonarea mișcărilor necesare mersului pe bicicletă reprezintă un stimul sanogenetic pentru sistemul nervos în ansamblul lui.

1.4.4. Înotul

Înotul este o altă activitate fizică ce poate fi practicată de-a lungul vieții și care aduce beneficii semnificative sănătății celor care-l practică. Înotul presupune activitatea altor grupe musculare decât cele folosite la alergat sau mers pe jos. Dar cel mai mare beneficiu adus de practicarea înotului este cel pentru sistemul cardio-respirator. Datorită specificului înotului, cel care-l practică face un efort respirator continuu și de mare amplitudine, care contribuie atât la mărirea capacității de efort a plămânului, cât și la îmbunătățirea circulației sangvine de „întoarcere“. Prin inspirațiile ample din timpul înotului se creează presiune negativă în cutia toracică, un fel de vid care absoarbe sângele din venele corpului și-l trimite spre inimă pentru a fi apoi repompat în organism. În cazul exercițiilor fizice „terestre“, circulația venoasă de întoarcere se face din partea inferioară a corpului spre cea superioară prin învingerea forței gravitaționale. Aceasta reprezintă un efort deosebit pentru sistemul cardiocirculator care se adaugă pompării sângelui de la centru spre periferie. La toate acestea se mai adaugă faptul că, în cazul înotului, sarcina asupra articulațiilor este mai mică decât în cazul sporturilor „terestre“ și, astfel, el este recomandat celor care au afecțiuni osteo-articulare.

Înotul are avantajul că se poate practica la diferite regimuri de viteză și forță, fiecare alegând ceea ce i se potrivește cel mai bine. Și aici se pune problema perimetrului de energie, dar fiecare practicant știe cât poate să înoate până când simte că îi este greu să mai respire, acest anunț din partea respirației fiind cel care îți spune că trebuie să te oprești. Există și gimnastica acvatică, respectiv gimnastica făcută în bazinul de înot, la apă de adâncime mică, care face ca mișcările corpului să fie mai ușoare decât pe pământ, gen de activitate fizică recomandată persoanelor cu probleme osteo-articulare care nu pot practica mersul pe jos.

Mai mult decât în cazul ciclismului, înotul presupune facilități de practicare, precum existența bazinelor utilizabile atât vara cât și iarna, ca și capacitatea financiară de a avea acces pe termen lung la acestea. Din acest motiv, înotul poate fi un sport relativ costisitor.

Ca și în cazul ciclismului, înotul poate reprezenta o activitate fizică complementară față de „pachetul de bază“ reprezentat în special de mersul pe jos. Mai apoi, la vârste înaintate, înotul poate aduce unele restricții legate de starea fiziologică a aparatului respirator, cardiovascular și excretor, pe când mersul pe jos în interiorul perimetrului de mers sau de efort va rămâne totdeauna valid și accesibil.

1.4.5. Ridicarea de greutăți (bodybuilding*)*

Ridicarea de greutăți este o altă activitate fizică în care sunt antrenați oamenii de astăzi, mai ales bărbații, într-un program care generic se numește *bodybuilding*, cu alte cuvinte într-o activitate de construire a unui corp frumos. Acest tip de activitate fizică este astăzi din ce în ce mai popular printre tineri ca expresie a dorinței lor de a prezenta în mod public un corp musculos care este corelat cu creșterea stimei de sine și a atractivității erotice. În plus, acest tip de exerciții fizice beneficiază de popularitate și reclamă creșterea exponențială a sălilor de fitness și a suplimentelor energizante și de favorizare a creșterii masei musculare.

Această activitate de *bodybuilding* se face în mod programatic, după anumite scheme sau la latitudinea fiecăruia, în funcție de cunoștințele legate de poziția și activitatea fiecărui mușchi din corp și, în principal, este dată de ridicarea de greutăți sub formă de haltere sau gantere, ca și de folosirea diferitelor aparate de fitness care în esență solicită același tip de activitate musculară prin manipularea în diferite planuri a greutăților. Această activitate implică mușchii membrelor superioare și inferioare și cei ai trunchiului sau ai bazinului, în funcție de tipul mișcărilor executate. Indiferent de grupele musculare implicate, în funcție de mărimea greutăților și de timpul de manipulare a lor, este și intensitatea participării pompei de oxigen, adică a sistemul respirator și cardiovascular, dar cu amendamentul că, în timpul fiecărei ridicări de greutăți, glota se închide, nepermițând să se continue ciclul respirator și ea se deschide

doar atunci când mișcarea care a condus la manipularea greutății s-a încheiat. În acest timp, cât glota este închisă, ciclul respirator este suspendat și presiunea din cutia toracică este crescută deoarece mușchii respiratori, cei intercostali și diafragma, rămân contractați odată cu contracția mușchilor trunchiului și abdominali care participă la fixarea corpului pentru a permite deplasarea brațelor sau a picioarelor prin care se deplasează greutatea care este mișcată. Astfel, circulația de întoarcere la inimă este îngreunată, dacă nu chiar suspendată, și aceasta aduce un efort suplimentar pompei de oxigen. Aici se află originea sfatului meu de a nu exagera și chiar de a abandona la o anumită vârstă acest tip de exerciții fizice. Pe scurt, eu nu recomand niciun fel de „exerciții fizice cu glota închisă“, adică cele care presupun oprirea respirației în timpul mișcării, ca atunci când cineva se „screme“, pentru că sunt periculoase, creând premisele favorabile unor accidente vasculare cardiace și/sau cerebrale.

Am văzut persoane trecute de vârsta a doua, mai ales femei, care merg pe jos, aleargă sau fac gimnastică ținând în mâna greutăți mici, în credința că astfel tonicitate musculaturii lor se va îmbunătăți. Eu nu recomand acest tip de activitate fizică! Cred că orice activitate fizică de menținere a sănătății trebuie făcută cu corpul liber de orice fel de constrângere mecanică. Doar în felul acesta se va obține creșterea adecvată a capacității fizice, a tonicității musculare, a coordonării și echilibrului. Orice adaos aduce un fel de artificialitate dinamicii firești a copului nostru care este înscrisă în imaginea mintală a corpului.

1.4.6. Gimnastica și dansul

Prin gimnastică, în sensul pe care-l folosesc aici, înțeleg o serie de mișcări ale membrelor și ale corpului ca întreg cu scopul de a dezvolta agilitatea și coordonarea lui. Cuvântul gimnastică are rădăcinile în limba greacă și ar însemna antrenament fizic făcut cu corpul dezbrăcat, așa cum făceau gimnastică grecii antici. Gimnastica era introdusă în mod oficial în armata Greciei Antice

ca un fel de antrenament și încălzire pentru luptă, iar ulterior a fost ridicată la rang de întrecere la jocurile olimpice antice. În Evul Mediu, gimnastica, împreună cu dieta și igiena, erau recunoscute ca ingredientele principale pentru o viață sănătoasă, iar mai apoi, spre sfârșitul secolului al XVIII-lea, gimnastica a început să fie introdusă în școli, recunoscându-i-se meritele în dezvoltarea unui corp sănătos și armonios la tineri.

Ceea ce recomand eu în acest capitol este o gimnastică „domestică“, o gimnastică făcută acasă cu rolul de a crește flexibilitatea, agilitatea, amplitudinea și vigoarea mișcărilor corpului pe de o parte, și pentru dezvoltarea și menținerea de-a lungul vieții a controlului și a coordonării neuromotorii, în special al echilibrului, pe de altă parte. Astfel, sunt cercetări recente care au demonstrat că unul dintre primele semne ale dezvoltării bolii Alzheimer este reducerea și apoi pierderea capacității de a sta într-un picior!

Programul de gimnastică pe care-l recomand este cel care cuprinde mișcări ale segmentelor corpului și al lui ca întreg, făcute în secvență de sus în jos și în două planuri, vertical și orizontal. Programul presupune executarea de mișcări repetate în fiecare articulație, care să imite totalitatea mișcărilor posibile în acea articulație fără a exercita o forță anume. Astfel, se începe cu poziția verticală și cu mișcări ale capului și ale coloanei cervicale (ale gâtului) făcute în toate planurile, adică mișcări de rotație și de flexie a capului pe torace, de extensie a capului pe spate și de repetarea lor de câteva ori într-un ritm convenabil și fără a exercita tracțiuni sau elongații excesive. Apoi, se trece la centura scapulară (umeri și brațe) și se execută cât mai multe și diverse mișcări ale acestei părți a corpului, mișcări făcute din articulația umărului, a cotului și a mâinii, de fiecare parte a corpului și a ambelor părți împreună. Se continuă în secvența de sus în jos, ajungând la coloana toracică cu mișcări de flexie a coloanei înainte și de extensie în spate ca mai apoi să se ajungă la coloana lombară și să se execute mișcări de rotație și de flexie și extensie, mișcări care imită ridicatul greutăților, împinsul lor, mișcări de cosire, de învârtire a unei roți etc. Executantul este invitat să-și închipuie tot felul de

acțiuni care implică mișcări ale acestor segmente ale corpului și să le introducă în programul de gimnastică. Partea de gimnastică în poziție verticală se termină cu mișcări făcute de membrele inferioare, mișcări care antrenează articulațiile șoldurilor, ale genunchilor și ale piciorului. Și aici se imită diferite mișcări reale făcute în diferite planuri, precum mișcări de fugă înainte și înapoi, de deplasare laterală, de genuflexiuni sau de ridicare pe vârfuri sau de sărituri de pe loc. Contează foarte mult imaginația executantului, imaginație care trebuie să se inspire din mișcări reale, executate cu ocazia diferitelor activități sau sarcini.

Programul de gimnastică la domiciliu continuă în poziția orizontală, culcat, când se recomandă executarea de mișcări cu mușchii spatelui, ai abdomenului și ai picioarelor flectate pe abdomen sau mișcări de pedalare și de forfecare făcute din poziția culcat pe spate. Și aici contează imaginația și imitarea unor mișcări reale.

Este important ca programul acesta de gimnastică să conducă la alcătuirea unei secvențe specifice de mișcări, precum sugestiile făcute mai sus, care să reflecte felul cum înțelege executantul mișcările posibile ale corpului său și să le mențină în secvența în care le-a construit și împreună să reprezinte programul individual de gimnastică la domiciliu. Repet, acest program nu este destinat creșterii forței, ci doar menținerii sistemului osteo-articular și neuromuscular în bune condiții de-a lungul anilor, cu scopul păstrării flexibilității, dinamicii, vigorii și agilității corpului. Mai sugerez ca, în timpul gimnasticii, să se asculte și muzică, astfel încât ritmul muzicii și mișcările de executat să aibă același tempo și să ofere plăcere și bună dispoziție.

Desigur că tu poți apela și la programele specifice de gimnastică oferite de centrele specializate de fitness. În general, aceste programe fac o sinteză între mișcările de gimnastică și cele ale dansurilor moderne, mișcări care sunt făcute în grup, sub conducerea unui instructor care are rolul de a indica și exemplifica mișcările de executat și care caută să țină grupul în coeziune și ritm.

Zumba este un program de gimnastică sub formă de dans. Acest program cuprinde elemente de gimnastică cu consum

moderat de energie și de oxigen, mișcări care presupun întindere musculară, contracţie și dinamică musculară. Exercițiile se fac în grup, urmărind un instructor și pe muzică „latino", care alternează ritmul rapid cu cel lent, elementele de dans fiind inspirate din dansurile salsa, merengue, samba, flamenco, cha-cha etc. Această tehnică ţintește mușchii brațelor, ai picioarelor și ai trunchiului, obţinându-se o creștere a tonusului acestor mușchi, o plasticitate generală a corpului, un simţ mai bun al echilibrului și al balansului, o dezvoltare a simțului ritmic prin armonizare cu muzica și cu ceilalţi participanţi, prin crearea unei atmosfere entuziaste de voioșie și participare colectivă. Treptat, se obţine o coeziune a grupului prin nivelarea caracteristicilor psihofizice ale participanților, cei care rămân în urmă fiind ajutaţi de cei care sunt mai în față. Instructorul se asigură că participanții respectă indicațiile tehnice și strategice ale acestui tip de fitness și creează o atmosferă jovială, prietenoasă, lipsită de inhibiţii sau conflicte.

Pilates este un program de gimnastică ce alternează exercițiile musculare aerobice cu cele anaerobice, cu consum mai mare de energie. Acest program combină o serie de mișcări ritmice cu cele de balet și de yoga într-un mod care să utilizeze simțul balansului și al echilibrului corpului. Programul nu folosește echipament special sau aparate de gimnastică. Scopul acestuia este de a crește forța musculară, rezistența în regim dinamic și flexibilitatea. Pilates a fost dezvoltat inițial pentru a ajuta la recuperarea fizică a sportivilor sau a dansatorilor după ce au suferit accidente musculare și/sau articulare. Ulterior, acest program a fost adaptat pentru a fi utilizat de către oameni cu o condiție fizică obișnuită. Executarea programului se face în grup, sub îndrumarea unui antrenor și necesită concentrare pentru controlul mișcărilor, al balansului, al ritmului și al respiraţiei. Mișcările sunt inițiate de antrenor sub formă de exerciții secvenţiale, care apoi sunt repetate de grup de mai multe ori. Dintre beneficiile majore ale antrenamentului Pilates, menționez: creșterea controlului muscular general, a trăirii corporale, creșterea flexibilității, a tonusului și a puterii musculare, în special a trunchiului și a abdomenului, îmbunătățirea balansului,

a echilibrului și a posturii, ameliorarea coordonării și intensificarea concentrării. La toate acestea se adaugă un sentiment general de bunăstare corporală și psihică. Și în acest caz, executarea acestui program în grup creează o armonizare psihică și fizică a participanților, o comunicare prin gestică și plasticitate corporală.

O altă modalitate de a face mişcări de gimnastică, în înțelesul pe care îl dau acestui cuvânt în această carte, adică de mişcări care să mențină flexibilitatea, dinamica, vigoarea și agilitatea corpului, este dansul. Dansul ocupă un rol foarte important datorită faptului că: (i) provoacă mişcări în diverse articulaţii, solicită diferite grupe musculare, îmbunătățește coordonarea și controlul corporal și simțul ritmic și al echilibrului; ii) facilitează încorporarea emoţiei, corpul, mişcarea și postura din dans fiind expresii ale emoţiei persoanei care dansează; (iii) utilizarea anumitor mişcări, posturi, ipostaze ale corpului caracteristice dansului generează emoţii specifice temei dansului și, astfel, se restructurează emoţiile nepotrivite; (iv) mișcarea, ritmul, tempoul sau spațialitatea dansului reprezintă mijloace de comunicare atât între cei care dansează, cât și pentru cei care privesc, îmbunătățind modul de relaţie cu lumea; (iv) furnizează o fereastră deschisă asupra *selfului* persoanei care dansează; (v) ajută la o fuzionare armonioasă a corpului, a emoţiilor, a cogniţiei și a spiritului. S-a constatat că practicarea dansului ca mijloc terapeutic îmbunătățește în mod substanțial expresia și postura corporală, stabilitatea emoţională, creativitatea și imaginația, prestigiul și stima de sine, ca și comunicarea interumană. Poţi să identifici cluburi de dans în zona în care locuiești și să participi la lecţii de dans de societate.

1.4.7. Exercițiile de flexibilitate, tonicitate și echilibru

1.4.7.1. Exercițiile de elongaţie musculară sunt o formă specială de activitate fizică care are ca scop întinderea mușchilor și a tendoanelor aferente pentru a mări elasticitatea și flexibilitatea mușchilor. Se ştie că un muşchi cu cât este mai lung, cu atât

contracția lui va fi mai puternică. Pe de altă parte, prin procesul de uzură a organismului, există tendința ca țesutul conjunctiv și depunerile de calciu să se insinueze printre celulele musculare și peste tot acolo unde nu este mișcare. Făcând exerciții de elongare musculară cu regularitate, mușchii și sistemul excitomotor al organismului realizează că există funcționare în acele regiuni și, așa cum toată lumea cunoaște, „funcția creează organul".

Mișcarea de elongație musculară este o mișcare naturală a omului. Se vede aceasta când avem dorința să ne întindem, mai ales când ne-am sculat din pat, când am stat mult timp în aceeași poziție sau când am „amorțit"; la fel, și „căscatul" este tot o mișcare de întindere musculară. Prin întinderea musculară, mușchii respectivi s-au pus în poziție efectoare, adică gata de activitate.

Experiența de toate zilele și studii de medicină sportivă au arătat că inițierea unei activități musculare fără să existe o pregătire în prealabil, precum mișcările de elongație musculară, pot conduce la rupturi ale miofibrilelor cu apariția de dureri și crampe musculare. Pe de altă parte, practicarea zilnică a acestui tip de exerciții fizice a condus la păstrarea dinamicii, a vigorii și a flexibilității musculare și osteo-articulare. Mișcările de întindere musculară pot fi considerate și ca parte a antrenamentului de „încălzire" înainte de a desfășura o activitate musculară care presupune o anume intensitate și durată.

Mișcarea de elongație reprezintă acea mișcare de mare amplitudine într-o articulație care creează întinderea mușchiului/mușchilor și tendoanelor respective dependentă de acea articulație până în punctul maxim care se recunoaște prin apariția unei senzații de întindere, de disconfort, poate și durere. Se menține această elongație mai multe secunde sau zeci de secunde până când organismul se obișnuiește și senzațiile neplăcute din mușchi și articulații dispar.

Eu recomand să se execute mișcări de elongație musculară în articulațiile umărului, coatelor, șoldurilor, genunchilor, coloanei vertebrale cervicale și lombare în fiecare dimineață, imediat după sculare din pat și înainte de orice altă activitate fizică din programul tău zilnic de mișcare, de exemplu, mers activ, alergat, mers pe bicicletă, înot, jocuri cu mingea etc.

1.4.7.2. Yoga este o practică izvorâtă din filosofia indiană străveche care presupune aducerea împreună a minții și a corpului, prin exerciții fizice specifice, exerciții de respirație și meditație. S-a constatat că practicarea regulată a exercițiilor yoga are un efect benefic asupra sănătății în general și asupra sentimentului de bunăstare și împlinire generală în special. Practicarea exercițiilor yoga încurajează efortul, inteligența, acuratețea, diligența, atenția, angajamentul și dedicația. Sunt mai multe variante de practici yoga. Eu îți recomand Hatha Yoga, care este cea mai populară și care folosește diferite posturi, mișcări de elongație și mișcări active ale corpului pentru a obține creșterea sentimentului de control și de trăire corporală. Poți să te interesezi unde există centre de practicare yoga în orașul sau zona în care locuiești și să aplici pentru a fi parte dintr-un grup. Pe măsură ce te inițiezi în practica yoga, vei putea să continui această practică și acasă sau altundeva, fără îndrumarea unui instructor.

1.4.7.3. Exercițiile de echilibru. Echilibrul corpului pentru poziția verticală și pentru oricare altă poziție și mișcare susținută de postura noastră bipedă necesită o coordonare și un reglaj foarte fin între contracțiile și tonicitatea mușchilor corpului, coordonare efectuată de formațiuni din creier pe baza semnalelor „*proprioceptive*“ din corp, în special din articulații, care informează despre poziția corpului, și din canalele semicirculare din urechea internă, care informează despre poziția corpului față de spațiul tridimensional. Ca și alte acțiuni care implică activitate și coordonare neuro-musculară, și echilibrul este o activitate fizică ce slăbește odată cu vârsta. Fiecare a constatat din propria experiență sau din cea a persoanelor apropiate că, odată cu vârsta, noi pierdem deprinderile de a adopta poziții ce solicită echilibrul, precum urcatul pe o scară, urcatul într-un copac, săritul unui obstacol, adoptarea unor poziții dificile care necesită agilitate și precizie. De aici vine și frecvența mai crescută la oamenii în vârstă a căderilor de la înălțime, de exemplu căderea de pe un scaun, sau căderile de la același nivel, precum împiedicarea pe stradă, în casă, de un covor etc. Toate acestea trădează faptul că simțul echilibrului și mecanismele care îl susțin au devenit deficiente. Mai mult, pierderea simțului echilibrului se corelează și cu

declinul cognitiv de la o anume vârstă și sunt cercetători care spun că se poate decela boala Alzheimer în faze incipiente, punând subiectul să stea în poziții care necesită echilibru.

Eu îți recomand următorul exercițiu pe care să-l faci de două ori pe zi, atunci când dorești. Descalță-te și așază-te în mijlocul camerei, pentru a nu avea vreun obiect în imediata apropiere. Încearcă să te decuplezi de la grijile și problemele zilnice și să te gândești la corpul tău, astfel încât să-l simți cu mintea. Apoi ridică un picior, astfel încât să rămâi în echilibru pe piciorul de sprijin. Poți să-ți ții mâinile depărtate de corp, pentru a-ți fi mai ușor să controlezi balansul corpului, dar apoi încearcă să le ții pe șolduri, iar mai apoi pe lângă corp. În timpul acesta fă diferite mișcări cu piciorul ridicat, în diferite planuri. Adu-l în față, în spate, în lateral, flexează-l, simulează o lovitură cu piciorul a unui obiect care se află în față, în spate sau lateral, inventează orice fel de mișcare ce-ți pune probleme de echilibru. Nu fi frustrat dacă pui piciorul jos pentru că ți-ai pierdut echilibrul, reia poziția și mișcarea de unde s-au întrerupt. Caută să devii din ce în ce mai performant. După ce ai făcut exercițiile cu un picior, continuă cu celălalt și fă aceleași mișcări. În acest timp, concentrează-te, încercă să-ți menții cât mai bine echilibrul și vezi cum progresezi de la o zi la alta. Încearcă să faci acest exercițiu din ce în ce mai lung, pe măsură ce devii mai performant. Poți să-l faci în fața unei oglinzi, privind cu atenție la ceea ce se petrece cu corpul tău. Fii calm, senin și nu judeca ce faci sau de ce faci. Vei constata zi după zi cum corpul tău memorează mișcările și secvențele musculare prin care îți ții echilibrul. În felul acesta, senzațiile tale senzoriomotorii activează regiuni specifice din creier, care sunt învățate prin repetare. Ceea ce realizezi încontinuu prin această secvență de exerciții este să percepi propriile experiențe corporale și să le integrezi în sentimentul general al corpului.

2. Ce să fac pentru mintea mea

Dacă voi gândi ca un bătrân,
voi fi tratat ca un bătrân.

În acest capitol o să-ți vorbesc despre ce e bine să faci pentru ca „mintea“ să rămână sprintenă și viguroasă de-a lungul anilor care trec. Prin „minte“ înțeleg capacitatea noastră de a fi conștienți, de a ști ce se petrece cu noi și ce se petrece în jur, și procesele psihice pe baza cărora percepem, construim și relaționăm cu realitatea fizică, socială și subiectivă sau pe care ne-o amintim sau imaginăm cu ajutorul facultăților ei de bază precum: percepția, atenția, emoțiile, limbajul, memoria, judecata, luarea deciziilor, planificarea etc.

Este evident că mintea este produsul creierului, pentru că există o corelație între afectările organice ale creierului și pierderea anumitor capacități ale minții noastre până în punctul în care leziuni grave ale creierului pot suspenda sau chiar duce la pierderea conștiinței, deci a „minții“ noastre.

Creierul este cel mai complex organ al corpului nostru, compus din peste 30 de miliarde de neuroni interconectați în mod complex și care împreună formează o rețea neuronală imensă. Creierul nostru definește și discerne ceea ce culegem cu ajutorul simțurilor, reglează mișcările corpului, statura bipedă și echilibrul, controlează emoțiile și comportamentul și, mai ales, este sediul cogniției, adică al gândurilor, al credințelor și al judecăților noastre, al capacității de a învăța, de a ne aminti, de a improviza, crea

și planifica. Neurobiologii au demonstrat că în funcționarea acestei rețele neuronale se găsește misterul minții umane și nu în integritatea unuia sau a altuia dintre neuronii care o formează. Astfel, s-a constatat că în fiecare zi dispar mulți dintre neuronii ce alcătuiesc această masă imensă de neuroni și, cu toate acestea, mintea noastră și capacitățile ei pe care ne bazăm în viața de fiecare zi, clipă de clipă, nu scad. Sunt sigur că o să întrebi: *„Poate mintea să îmbătrânească?"* și eu o să-ți răspund că da. Deși creierul nostru pare să aibă o capacitate nelimitată, el se schimbă cu vârsta. În măsura în care creierul nostru îmbătrânește, se uzează, în măsura în care vasele de sânge care asigură oxigenarea lui îmbătrânesc și aduc mai puțin oxigen, iar numărul neuronilor pierduți pe drumul vieții trec de un anume prag, pot apărea fenomenele „îmbătrânirii" minții. Există fără tăgadă constatarea că, odată cu vârsta, capacitatea noastră de memorare, viteza cu care facem anumite calcule, cu care luăm decizii sau chiar cu care înțelegem un lucru nou, scade la fel. Tu o să-mi spui: *„Cu toate acestea, eu rămân același*!". Da, omul rămâne același pentru că mintea nu se rezumă la identitate, la sensul selfului, al unicității!

Antonio Damasio, un mare cercetător în domeniul neurobiologiei, a vrut să știe ce îi trebuie creierului ca să aibă „minte", care sunt condițiile anatomice minime pentru ca un om să posede ceea ce noi înțelegem prin „minte". El a examinat diferiți indivizi cu leziuni importante la nivelul unor structuri ale creierului și ale măduvei spinării, cu scopul de a afla cât de mari trebuie să fie afectările de neuroni și în ce regiuni ale creierului pentru a conduce la dispariția minții. Astfel, Damasio a aflat că partea bazală a creierului, numită și trunchiul cerebral, în care se adună senzațiile senzoriomotorii, este locul esențial pe baza căruia mintea există, iar apoi se adaugă formațiuni supraetajate până la nivelul cel mai de sus, scoarța cerebrală, pe baza cărora mintea devine mai complexă și se rafinează. Se poate spune că senzațiile senzoriomotorii coronale sunt materialul primordial din care se construiește mintea, conștiința și *selful,* pentru că ele fac ca o ființă să afle că există atât înlăuntrul, cât și în afară ei, într-un cuvânt corpul. Mintea se

formează pe baza „imaginii“ corpului care există în ea; dacă imaginea aceasta dispare, dispare și mintea. Deci corpul este sursa principală, primordială a existenței minții, iar pe cale de consecință nu poate accepta că odată corpul îmbătrânind, putem concepe și că mintea îmbătrânește odată cu el. Creierul și implicit mintea sunt creația corpului!

Într-o succesiune simplistă, mai întâi a fost corpul, apoi creierul, care a trebuie să coordoneze tot ce se petrece în și cu corpul, și apoi a apărut și mintea, un fel de *by product*, o expresie contigentă a complexificării creierului care a devenit din ce în ce mai sofisticat pe măsură ce corpul uman a devenit mai amplu și mai complex. Legătura dintre corp și creier/minte este atât de mare și de importantă, încât s-ar putea spune că, dacă tăiem o bucată din corp, în mod figurat tăiem și o bucată din minte; în măsura în care corpul nostru s-a uzat, și mintea noastră s-a uzat. Așa putem înțelege și cuvintele *mens sana in corpore sano* (minte sănătoasă într-un corp sănătos) spuse de poetul roman Juvenal acum aproape 2000 de ani!

Faptul că organismul este cel care determină existența minții conduce la ideea că mintea noastră este „încorporată“, emoțiile și gândurile noastre sunt „încorporate“ ; ele sunt influențate decisiv de existența, stările, statutul și mișcările corpului nostru. Majoritatea emoțiilor, a gândurilor și a deciziilor minții privesc corpul nostru și sunt determinate de starea acestuia. Mai mult, s-a arătat că trupul nostru nu ne influențează doar propria minte, ci și pe a altora, corpul fiind legătura noastră directă cu lumea exterioară și cu ceilalți. Separarea minții de corp este același nonsens ca acela prin care cineva ar vrea să separe hard diskul unui computer de software-ul său, de vreme ce existența unuia depinde de a celuilalt.

Apoi „lumea“ face posibilă existența corpului, apoi a creierului și apoi a minții. Cunoașterea lumii, a celei fizice și a celei sociale, se face prin corp, atât prin intermediul senzațiilor senzoriomotorii, care adaptează poziția și mișcarea corpului în geografia mediului, cât și prin încorporarea tuturor celorlalte organe de simț. Nu am ști niciodată ce este apa doar privind-o, până când corpul nu ia contact cu ea; nu am ști niciodată ce este focul

doar privindu-l, până când corpul nu l-ar simți; nu am ști niciodată ce este un deal doar privindu-l, până când corpul nu l-ar urca sau coborî. Realitatea și sentimentul că locuim în ea sunt date de percepția corpului în contact cu ea. Emoțiile se realizează prin corp. Se consideră că emoțiile nu sunt altceva decât modificări corporale generate de contactul cu un stimul adecvat, modificări care sunt trăite la nivel mintal. Originea lor este corporală! Darwin a scris o carte esențială pentru înțelegerea relațiilor dintre corp și emoții, arătând că, pe măsură ce expresia corporală a fricii este mai mare, și trăirea ei mintală va fi mai mare, iar dacă încercăm să reducem expresia corporală, trăirea mintală se va reduce. Avem exemple zilnice care arată legătura dintre emoții și corp. Astfel, plângem atunci când vedem sau auzim ceva trist, plângem când ne doare ceva în corp. Pe de altă parte, înțelegem emoțiile celorlalți doar uitându-ne la expresia corpului lor și mai ales a feței. Această recunoaștere a emoțiilor celorlalți generează imediat simpatia și dorința de a ajuta. Este suficient să vedem pe cineva neajutorat pentru ca imediat să-i „sărim în ajutor“, fără prea multă deliberare mintală. Interesant este faptul că ne impresionează mai mult deficiențele corpului decât cele mintale. Mai repede ne vine să dăm ajutor unor oameni care nu pot trece strada sau care nu pot urca scările, decât celor care au probleme psihologice. Îți spun toate acestea pentru a înțelege de ce îngrijirea corpului înseamnă și îngrijirea minții, la fel și reciproca.

Dar, pentru ca mintea să existe, nu sunt suficiente, totuși, doar un corp și un creier, ci și o lume. Este de înțeles, că pentru ca un corp și creierul lui să existe, el trebuie să ființeze într-o lume. Din relația corp/minte, pe de-o parte, și lumea în care ființează, pe de altă parte, se naște sentimentul de „propriu“, diferența dintre mine și altceva sau altul, sau dintre self și non-self. Acest vehicul, corpul nostru, trece prin lume și prin timp și ne reprezintă. Schimbările lui în timp determină imaginea noastră să se schimbe, pentru ca felul cum ne văd ceilalți să se schimbe și acestea se repercutează asupra evoluției minții noastre pe parcursul vieții. Într-un fel era „mintea“ noastră când corpul nostru ne arăta tineri și alta este când arătăm

în vârstă. Deci putem spune că, dacă mintea „îmbătrânește“, nu este numai din cauza faptului că numărul neuronilor scade, dar și a faptului că trupul nostru, ca mesager social, trăirile și cognițiile încorporate în el, se modifică în timp. Atunci când vorbim despre schimbările minții noastre odată cu vârsta, vorbim de fapt mai mult despre consecințele faptului că noi îmbătrânim în fața altora decât de faptul că îmbătrânim în fața propriilor noștri ochi.

În capitolul anterior, am vorbit, despre ceea ce ar trebui să faci ca să ai un corp sănătos de-a lungul anilor. Ei bine, acum cred că înțelegi că ceea ce ți-am spus atunci este valabil și în privința sănătății minții tale. Nu uita, când faci ceva pentru corpul tău, faci și ceva pentru mintea ta!

Într-o altă perspectivă, când vorbim despre minte, înțelegem emoțiile noastre, dar și inteligența noastră, capacitatea de a înțelege și memora, abilitatea de a comunica și imagina, de a crea și planifica și multe alte lucruri pe baza cărora ne adaptăm mereu la o ambianță fizică și socială schimbătoare. Aceste „facultăți mintale“ le subsumăm la ceea ce se numește cogniție.

Este clar că există un interes public din ce în ce mai mare în menținerea sănătății cognitive și emoționale reflectată mai ales în grija pe care oamenii în vârstă o au față de posibilitatea pierderii independenței tocmai din cauza acestor deficiențe.

În noua orientare a gerontologiei moderne, accentul se schimbă de la bolile legate de bătrânețe la profilaxia acestora și îmbunătățirea sănătății, ceea ce include și sănătatea cognitvă și emoțională. Astfel, definiția modernă a sănătății spune că sănătatea este starea de bine și capacitatea de a funcționa cu succes în circumstanțe schimbătoare.

2.1. COGNIȚIA

Când vorbesc de minte în acest capitol, înțeleg capacitatea noastră de a fi conștienți, de a percepe, a gândi, a judeca, a memoriza, a lua decizii, a planifica și a imagina etc., cu alte cuvinte

capacitatea noastră de a gândi și a raționa. Aceste capacități luate împreună constituie cogniția.

Cogniția este acea activitate mintală superioară prin care dobândim cunoaștere și înțelegere datorită gândirii, experienței și percepției și pe care putem să o stocăm și să o utilizăm în funcție de necesitățile luării deciziilor sau executării unei activități. Ea cuprinde percepția, atenția, limbajul, memoria, rezolvarea problemelor și gândirea.

Se mai spune că cogniția cuprinde și **funcțiile executive** prin care se înțelege un set de procese cognitive precum controlul atenției, memoria operațională, raționamentul, rezolvarea problemelor și planificarea, funcții care sunt necesare pentru desfășurarea și monitorizarea unei activități sau pentru a atinge un scop. În mare, funcțiile executive includ trei procese de bază: i) coordonarea și monitorizarea, ii) controlul inhibitoriu și iii) trecerea de la o sarcină la alta. Aceste funcții sunt responsabile de planificarea, asamblarea, coordonarea, secvențializarea și monitorizarea celorlalte funcții cognitive. Ele furnizează menținerea unei balanțe adaptative a cogniției și a comportamentului față de solicitările mediului, permițând un comportament orientat pe scop, funcție care cuprinde utilizarea cunoștințelor, abstractizarea și planificarea, evaluarea și luarea deciziilor, automonotorizarea, flexibilitatea mintală și capacitatea de inhibiție a răspunsului.

Alte domenii ale cogniției sunt: i) cristalizarea cunoașterii, cea care face diferența între prezentarea cunoștințelor dobândite și cunoașterea care este utilizată activ și creativ în rezolvarea problemelor, procesarea resurselor informaționale, abstractizare și inovare; ii) viteza de procesare a informațiilor, de elaborare a gândurilor și raționamentelor, de extragere a informațiilor stocate, de reacții la stimulii obișnuiți și la stimulii noi etc., iii) atenția și capacitatea de focalizare și concentrare a atenției; iv) limbajul receptiv și expresiv, care implică abilitatea de a asculta sau recepta limbajul extern și abilitatea de a vorbi, scrie sau comunica, utilizând un vocabular și o gramatică potrivite; v) abilitățile spațio-vizuale și construcționale ce cuprind recunoașterea obiectelor și localizarea/orientarea lor în

spaţiu, identificarea formelor şi coordonarea mişcărilor pentru a manipula aceste obiecte; vi) memoria operaţională, sau memoria pe termen scurt, şi memoria pe termen lung cu varietăţile sale: memoria episodică şi memoria semantică.

2.1.1. Sănătatea cognitivă

Când vine vorba despre funcțiile mintale este greu să le definim în termeni de normalitate, pentru că este o așa de mare variabilitate interindividuală, încât ar fi lipsit de etică să spunem că unii oameni sunt normali și alții nu. Atunci când se fac teste care măsoară o „facultate mintală“ se poate constata că unii dintre noi cad la un test, dar totuși ei funcționează foarte bine în profesia pe care o au și în viața de toate zilele. Toate acestea se întâmplă pentru că creierul nostru are o capacitate plastică foarte mare și, atunci când ceva se pierde într-o zonă, imediat apare tendința de a se suplini cu ceva ce există în apropiere. Se poate spune că creierul uman dovedește o mare capacitate de a depăși problemele date de distrucții celulare, atât din cauza diferitelor boli, cât și a vârstei. La 80 de ani, creierul a pierdut 10% din volum și, totuși, câte minți strălucite nu am cunoscut la oameni de peste 80 de ani!

Astfel, sănătatea mintală este un concept foarte greu de definit pentru că ar trebui, ca și pentru sănătatea fizică, să avem un standard. Dar așa cum sănătatea fizică este definită de cele mai multe ori prin absența bolilor, tot așa sănătatea cognitivă ar putea fi definită prin absența modificărilor calitative și cantitative.

Se vorbește de faptul că cogniția suferă un proces de declin odată cu înaintarea în vârstă. În limbaj profesional, acest declin este denumit „denivelare“ sau „deteriorare“ cognitivă și se poate măsura prin teste care explorează diferite paliere ale cogniției, de exemplu viteza de reacție, atenția, orientarea spațială, raționamentul inductiv, fluența vorbirii, înțelegerea limbajului, operațiunile numerice și, mai ales, memoria. Toate acestea la un loc sunt asociate conceptului popular de inteligență. Dacă întrebăm oamenii de pe stradă

cum este afectată inteligența de vârstă, ei vor spune în mod stereotip că bătrânii au mai multe cunoștințe decât tinerii, dar sunt mai înceți și mai uituci.

Tot legată de această problemă este credința populară că tinerii au o abilitate mai bună de a gestiona lucruri noi, deci au o minte mai flexibilă, iar bătrânii dețin doar o competență crescută, dar cu limite mai rigide. Această discrepanță dintre inteligența bătrânilor și viteza redusă a proceselor lor mintale a fost denumit *„paradoxul bătrâneții"* de către Dewey, autor care l-a formulat în anul 1939.

Dar, în general, oamenii sunt interesați de un concept global care s-ar putea numi „sănătatea cognitivă", de unde ar putea rezulta o viziune unitară a ceea ce trebuie să facem pentru a o putea păstra. Ne este greu să definim sănătatea cognitivă pentru că nu avem standarde de comparație sau pentru că există o variabilitate mare în legătură cu alți factori precum educația, statutul socioeconomic, nivelul de activitate fizică, starea de nutriție etc. Totuși *Raportul Comitetului de studiu pentru evaluarea critică a sănătății cognitive și emoționale* întocmit de Institutul de Sănătate Mintală a Statelor Unite împreună cu mai multe universități din SUA, furnizează următoarea definiție: „*Sănătatea cognitivă nu este numai absența bolilor, ci mai ales dezvoltarea și prezervarea structurii cognitive multidimensionale care permite oamenilor în vârstă menținerea contactului social, a orientării cu scop, a abilităților de a funcționa independent, de recuperare după boli și traumatisme și de a gestiona deficitele reziduale funcționale*".

Se știe astăzi că există o legătură între abilitățile cognitive și longevitate și capacitatea indivizilor de a trăi independent până la vârste înaintate.

Cum se comportă abilitatea cognitivă de-a lungul anilor este o problemă foarte complexă în care interacționează moartea neuronală, neuroplasticitatea creierului, rezerva cognitivă a creierului, factorii genetici și gradul activității fizice și intelectuale a individului pe parcursul vieții. Foarte multe studii arată și că factorii externi, care țin de mediu și de stilul de viață al indivizilor, pot produce modificări notabile ale cogniției de-a lungul vieții și, mai

ales, la o vârstă înaintată. Pornind de la aceste studii, s-a putut demonstra că, modificând anumiţi factori externi, se poate obţine o îmbunătăţire a cogniţiei sau cel puţin o păstrare la un nivel rezonabil cât mai mulţi ani. De aici au izvorât tehnicile de antrenament cognitiv care promit acest lucru.

2.1.2. Inteligenţa cristalizată şi inteligenţa fluidă

Indiferent de tipul sarcinilor cognitive de îndeplinit, noi vorbim deseori de inteligenţa verbală, de inteligenţa numerică sau de cea spaţio-vizuală. Ele dictează în final abilităţile noastre intelectuale sau, altfel spus, inteligenţa noastră. Pe baza lor noi dobândim de-a lungul vieţii o cantitate mai mare sau mai mică de cunoştinţe şi putem găsi răspunsuri la întrebări specifice. Această cantitate de cunoaştere dobândită pe parcursul vieţii noastre se numeşte inteligenţă cristalizată. Este denumită cristalizată pentru că, metaforic, ea este sedimentată, dar se adaugă mereu informaţii care se adună pe acest edificiu. Capacitatea sau abilitatea de a rezolva probleme, de a găsi soluţii, de a inventa şi imagina, determină inteligenţa noastră fluidă, pentru că utilizează cunoaşterea în mod dinamic, flexibil şi inovativ. Aceste două tipuri de inteligenţă nu se exclud una pe cealaltă, ele împărtăşesc în comun multe dintre abilităţile cognitive care compun inteligenţa şi pot fi măsurate independent. Fiecare dintre noi are într-o anumită proporţie cele două feluri de inteligenţă. Acest lucru este destul de evident în viaţa de toate zilele. Astfel, întâlnim oameni enciclopedişti care tezaurizează un volum impresionant de cunoştinţe şi cu care este o plăcere să stai de vorbă, sunt specialişti într-un domeniu şi evită să se amestece dincolo de expertiza lor, dar sunt şi oameni cu o abilitate deosebită de a găsi soluţii, cei care „se prind repede“, cărora le „merge mintea“, cărora „le cade fisa“ fără să impresioneze prin inteligenţa verbală sau printr-o cunoaştere largă. Aceştia din urmă sunt minţi

vioaie, agere, iscoditoare, caracteristice oamenilor tineri, pe când inteligența cristalizată este mai mult apanajul oamenilor mai în vârstă. Inteligența cristalizată rămâne aproape neschimbată cu vârsta, pe când partea flexibilă a inteligenței noastre își pierde „elasticitatea“ odată cu trecerea anilor. În inteligența cristalizată se tezaurizează și ideile noastre morale, credințele și viziunea noastră despre lume și faptul că acest tip de inteligență este dominant la bătrânețe explică de ce ea este de multe ori asociată cu înțelepciunea, lucru care presupune cunoaștere asociată cu bun simț, inteligența trecută prin filtre morale.

2.1.3. Limbajul și inteligența verbală

Se spune că structura vieţii noastre psihice este lingvistică. Așa cum structura unei case este formată în majoritate din cărămizi, așa și mintea noastră se bazează cel mai mult pe cuvinte și expresia lor, limbajul.

Limbajul presupune producerea și înțelegerea vorbirii și a scrisului. Procesul acesta cuprinde o multitudine de sarcini care pot fi identificate separat precum vorbitul, scrisul și cititul, care la rândul lor înseamnă recunoașterea literelor și identificarea cuvintelor care au un înțeles dintr-o secvență, cum trebuie pronunțate sau identificate când sunt auzite, formarea propozițiilor, utilizând o gramatică acceptabilă care le conferă înțeles pentru emițător și pentru receptor.

Când citim, noi utilizăm capacitatea de a recunoaște literele în mod individual și cuvintele formate din secvențe de litere, identificarea corectitudinii scrierii lor, identificarea sintaxei propoziției citite și apoi extragerea mesajului. Când vorbim sau auzim pe cineva care ne vorbește, problema este mai complicată, pentru că aici intervine capacitatea de emitere și recunoaștere a sunetelor, a cuvintelor și a propozițiilor la care se adaugă apoi identificarea sintactică și extragerea mesajului.

Menționez toate acestea pentru a sublinia rolul cititului pentru stimularea cogniției și menținerea unei minți sănătoase cât mai

mai mult timp posibil. Mai întâi, trebuie să realizăm că cititul este o activitate sedentară, ceea ce face ca oamenii tineri să fie mai puţin înclinaţi spre citit decât cei maturi. Mergând pe această linie, s-ar putea crede că bătrânii citesc cel mai mult pentru că au timp destul și pentru că au tendința de sedentarism. S-a văzut că nu este așa, cei care citesc mult la bătrânețe le-a plăcut cititul toată viața. Din contră, s-a constatat că există o oarecare scădere a interesului față de citit la vârstă înaintată, iar calitatea obiectului lecturii se schimbă, de la cărți la lucruri mai simple și mai scurte, precum ziare, magazine sau reviste. Această tendința are o influentă negativă asupra performanței cognitive și aș putea-o compara cu pierderea apetitului unui atlet pentru antrenament, ceea ce-l conduce la reducerea capacității de performare în proba atletică în care era specializat. La aceasta se mai adaugă în plus problemele de vedere pe care oamenii în vârstă încep să le aibă, probleme de susținere a atenției și chiar credința unora că literatura nu le-ar mai putea spune nimic nou.

Alte fenomene care pot să apară la vârste înaintate sunt:

i) scăderea vitezei proceselor mintale care se reflectă în decizia lexicală, respectiv dacă un grup de litere formează un cuvânt sau nu și ce semnifică el; viteza cu care se citește un text scade cu vârsta, uneori mai putând apărea și fenomenul de oboseală la citit;

ii) probleme în recunoașterea dacă un cuvânt a fost scris sau pronunțat corect sau greşit și recunoașterea înțelesului, chiar dacă unele cuvinte sunt scrise sau pronunțate greșit;

iii) reducerea procesării semantice, oamenii în vârstă având tendința de a fi mai înceţi și mai imprecişi în definirea unor cuvinte, a semnificaţiei unor noţiuni curente sau a extragerii semnificaţiei unei fabule;

iv) scăderea complexităţii sintactice a limbajului prin folosirea unor fraze cu o structură mai simplă;

v) reducerea „verbalității", adică a numărului de cuvinte pentru a descrie sau denumi ceva.

Bineînțeles că toate aceste aspecte prezintă o variabilitate interindividuală și s-a constatat că o denivelare a limbajului este direct

proporţională cu cantitatea de lectură zilnică medie a unui individ de-a lungul vieţii.

Se mai foloseşte şi conceptual de inteligenţă verbală, care defineşte abilitatea de a utiliza limbajul pentru a rezolva sau găsi soluţii unor probleme, lucru care presupune a fi capabil să extragi informaţiile din memorie sub formă verbală și să le utilizezi în mod creator, inovativ, flexibil, potrivit contextului actual. Inteligența verbală utilizează atât inteligența cristalizată, cât și pe cea flexibilă, iar deteriorarea acesteia din urmă, împreună cu deteriorarea altor abilităţi lingvistice, conduce la o scădere a inteligenţei verbale odată cu înaintarea în vârstă. Şi aici, oamenii care de-a lungul vieţii au utilizat în mod sporit limbajul, cei care au citit și scris mult, cei care au participat la o educație continuă, cei cărora le-au plăcut conversațiile, „vorbăreţii“, într-un cuvânt cei care au „antrenat“ limbajul sunt și cei care păstrează această capacitate nealterată cât mai mult în viață.

Pe aceste constatări se bazează foarte multe dintre testele pe baza cărora se apreciază performanța sau declinul, precum testele de apreciere a fluenţei verbale, testele de vocabular și testele de comprehensiune, dar și metodele de stimulare și antrenament mintal pe care o să le discut mai departe.

2.1.4. Rezerva cerebrală

Rezerva cerebrală este un alt concept de care trebuie să ţinem seama. Fiecare organ care execută o funcţie în organismul nostru are o rezervă funcţională la care apelăm atunci când solicitările depășesc nivelul obișnuit. De exemplu, avem o rezervă funcțională pulmonară, numită și volumul curent de rezervă la care apelăm când alergăm, când facem activități consumatoare de oxigen. Tot așa avem o rezervă funcţională cardiacă, așa-zisa sistolă de rezervă, pe baza căreia inima poate pompa o cantitate mai mare de sânge atunci când este nevoie.

Problema rezervei cerebrale a pornit de la constatarea că există o discrepanță între amploarea leziunilor cerebrale și manifestările

clinice cu afectările cognitive asociate acestor leziuni. S-a văzut că același tip de leziune poate produce diferite afectări cognitive, de la puțin sau absent la foarte mult, în funcție de individ. Aceasta s-ar explica prin mărimea capacității de rezervă a creierului uman, capacitate care variază de la individ la individ și care se poate constata și prin variația volumului creierului, a densității neuronale și a conectivității sinaptice. Oamenii cu o capacitate cerebrală de rezervă mai mare au nevoie de leziuni mai întinse pentru a apărea aspecte clinice, au un prag mai înalt dincolo de care apare o perturbare funcțională. În același sens există și „rezerva cognitivă", susținută de evidența că indivizii cu o inteligență mai mare, cu statut educațional și ocupațional mai înalt, sunt capabili să suporte leziuni cerebrale mai întinse pentru a avea un deficit funcțional.

Când vorbim de rezerva cognitivă putem spune că există o rezervă naturală, pasivă, înnăscută, și una activă, dobândită prin exercițiu, educație, învățare, funcționare, pe baza fenomenului de neuroplasticitate. Exercițiul cognitiv influențează pozitiv performanța cognitivă și poate aduce o contribuție și la integritatea fizică și funcțională a creierului.

2.1.5. Optimizarea funcționării cognitive

S-a mai constatat că deteriorarea cognitivă, atât din cauza leziunilor cerebrale produse de traumatisme, infecții sau boli vasculare, cât și cea determinată de vârstă nu afectează în mod uniform dimensiunile cogniției. Astfel, dacă cineva pierde din viteza proceselor cognitive, din capacitatea de raționament cognitiv, asta nu înseamnă că va pierde în aceeași măsură fluența vorbirii sau a orientării spațiale etc. Mai mult, dacă se pierde într-o anumită zonă cognitivă, celelalte zone vor căuta să compenseze pierderea, astfel încât funcționarea cognitivă globală, acea funcționare care ține de viața de relație, să nu sufere prea mult. Acest proces a fost numit „optimizarea funcționării cognitive". Fenomenul acesta de optimizare explică de ce mulți dintre noi putem obține rezultate

nedorite la diferite teste cognitive, dar funcționarea noastră generală, în viața de toate zilele, să fie normală. Mai mult, ne mirăm foarte mult că, deși suntem oameni de succes în profesia noastră, atunci când trebuie să rezolvăm un test psihologic de inteligență, de atenție, de memorie, nu obținem performanța la care credeam că suntem îndreptățiți. Acest lucru este încurajator pentru declinul cognitiv cauzat de vârstă. Declinul nu este uniform, nu afectează toate dimensiunile cogniției deopotrivă și putem spera că această mașinărie perfectă care este creierul uman va găsi metodele prin care să contrabalanseze funcțional orice pierdere într-un anumit domeniu.

2.1.6. Declinul cognitiv

Acest termen este sinonim cu ceea ce am denumit „denivelare“ sau reducere a capacităților cognitive care se produc fără să existe o afecțiune sau o boală a creierului. Declinul cognitiv, așa cum l-am folosit și mai sus de atâtea ori, este o problemă care apare lent și treptat odată cu înaintarea în vârstă și poate fi foarte ușor comparat cu pierderea treptată a forței musculare, a capacității de efort și care sunt independente de orice patologie a organismului. Acest declin trebuie diferențiat de o categorie de boală cu care se aseamănă și care se numește „afectarea cognitivă moderată“, cauzată de procesele de atrofie cerebrală cu diferite origini (vasculară, metabolică etc.) sau de apariția plăcilor de amiloid, care sunt caracteristice bolii Alzheimer. În cazul afectării cognitive moderate, indivizii prezintă o pierdere de memorie obiectivă și subiectivă, dar care nu conduce la dizabilitate. Se spune că această tulburare este un stadiu intermediar între declinul cognitiv cauzat de vârstă și tulburarea Alzheimer, boală caracterizată de o afectare cognitivă globală care este incapacitantă, dizabilitantă. Această boală face parte din grupul demențelor, boli ale creierului care se manifestă prin pierderea memoriei și afectarea a cel puțin unuia dintre celelalte domenii ale cogniției, precum limbajul, funcțiile executive

etc. Sunt mai multe tipuri de demență în afară de boala Alzheimer, precum demența vasculară, demența asociată bolilor infecțioase ale creierului, demența senilă etc. Caracteristice demenței Alzheimer sunt apariția unei pierderi masive de memorie și tulburări cognitive și comportamentale printre care amintesc incapacitatea de a achiziționa informații noi, de a înțelege sau reține informații, probleme de expresie verbală, probleme de recunoaștere, incapacitate de gândire abstractă sau de executare de sarcini complexe. Toate acestea fac ca un astfel de individ să-și piardă treptat capacitatea de autoadministrare și de a trăi independent.

Este legitim să te întrebi: „Când începe declinul cognitiv normal?" Cercetări de neurobiologie au arătat că performanța cognitivă este relativ stabilă mulți ani și un oarecare declin începe cu decada a cincea a vieții sau chiar mai târziu. Într-un cuvânt, individul ajuns la maturitate se poate gândi că este posibil să înceapă un proces de denivelare cognitiv și că este cazul să se gândească serios la implementarea măsurilor de prevenție. Despre aceste măsuri este vorba în această secțiune a cărții pe care ți-o dedic. Însă trebuie să-ți reamintesc că orice măsură care se adresează cogniției nu poate fi desprinsă de celelalte măsuri care interesează corpul și despre care am vorbit în secțiunea a II-a a cărții.

2.1.7. Factorii de risc și de protecție ai declinului cognitiv

Cel mai important factor de risc pentru declinul cognitiv este însăși vârsta. Cu cât vârsta este mai înaintată, cu atât probabilitatea unui declin de acest fel este mai mare. Următorul factor este reprezentat de importanța sedentarismul sau lipsa de activitate fizică și, în al treilea rând, factorul vascular precum bolile cardiovasculare, care modifică debitul sangvin cerebral (ateroscleroză, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă). În ordine, menționez apoi factorii metabolici, generați de diabet, obezitate, hipercolesterolemie sau deficiențe nutriționale, și factorii toxici, precum

consumul abuziv de alcool, fumatul, intoxicația cu metale grele. Mai trebuie menționați factorii inflamatori din boli autoimune sau boli infecțioase cu evoluție cronică. Tot ca factori de risc se mai înscriu stresul cronic, tulburările de somn și tulburările psihiatrice cronice.

Factorii protectivi sunt cei care mențin troficitatea neuronilor și care merg de la dietă până la exerciții fizice, de la controlul glicemiei până la suplimente cu antioxidanți, de la controlul colesterolului la reducerea stresului, la programul de odihnă activă și igiena somnului. Despre toți acești factori protectivi va fi vorba în recomandările despre stimularea cognitivă, gestionarea factorilor de stres, despre mecanismele de „coping“ și despre somn și odihnă sau cele menționate atunci când am discutat despre dietă și activitatea fizică.

Interesant este să menționez la acest paragraf studiul din anul 2009 al lui Yaffe și colaboratorii săi de la Departamentul de psihiatrie a Universității de Medicină din San Francisco, care a cuprins 3.075 de indivizi sănătoși cu vârsta între 70 și 79 de ani și care a dorit să identifice factorii protectivi ai sănătății cognitive. După evaluarea statutului lor cognitiv, 30% din totalul subiecților au avut cogniția păstrată, 53% au avut un declin minor și 16% au avut un declin cognitiv major. Factorii care au fost comuni celor cu cogniția bine păstrată au fost: nivel educațional ridicat, mergeau încă la serviciu sau făceau voluntariat, locuiau împreună cu o altă persoană, își evaluau sănătatea ca fiind între bine și excelent, consumau mai mult de o bere (330 mL), un pahar cu vin sau un păhărel de băutură spirtoasă pe zi, făceau exerciții fizice viguroase săptămânal, nu erau fumători, aveau greutate normală, nu aveau hipertensiune arterială, diabet sau probleme de circulație cerebrală, nu aveau colesterolul crescut și nu aveau factori ai inflamației în sânge (proteina C-reactivă).

Atât studiul mai sus menționat, cât și altele de același fel au condus la alcătuirea unei scheme generale de protecție a sănătății cognitive și emoționale care cuprinde următoarele acțiuni:

- reducerea factorilor de risc vasculari prin tratarea hipertensiunii arteriale, a nivelului crescut de colesterol și oprirea fumatului;

- păstrarea greutății corporale și a nivelului zahărului din sânge în limite normale;
- practicarea regulată de exerciții fizice, adoptarea unei diete lipsite de grăsimi și adăugarea de vitamine;
- consum moderat de alcool;
- tratarea problemelor emoționale precum depresia și anxietatea;
- gestionarea pozitivă a factorilor de stres;
- menținerea unei activități mintale susținute prin implicare, curiozitate, învățare de lucruri noi, citit, scris, conversat, jocuri și lecturi, grădinărit, exerciții de memorie;
- menținerea activității sociale prin angajarea în activități de grup, activități recreative, voluntariat, călătorii, participare la activități de club.

2.1.8. Activitatea fizică și prevenția declinului cognitiv cauzat de vârstă

Studii făcute pe animale de experiență au arătat că activitatea fizică crește nivelul factorilor neurotrofici ai creierului care mențin vitalitatea neuronilor. La fel la oameni, activitatea fizică a îmbunătățit performanța cognitivă și a întârziat apariția deteriorării cognitive. În plus, s-a demonstrat că activitatea fizică îmbunătățește controlul emoțional și scade gradul de depresie și anxietate.

Colegiului American de Medicină Sportivă și Asociația Americană a Inimii (2007) recomandă următorul program:

- 30 de minute de activitate aerobică moderat-intensă cel puțin 5 zile/săptămână sau 20 de minute de activitate viguroasă 3 zile/săptămână;
- 8-10 minute de exerciții de forță cel puțin de două ori pe săptămână, fiecare exercițiu repetat de 10-15 ori;
- 10 minute de exerciții de flexibilitate de două ori pe săptămână, de exemplu, genuflexiuni și flotări în brațe, exerciții cu

mingea medicinală sau cu greutăți pentru persoane până în 65 de ani;

– exerciții de echilibru – 3 zile pe săptămână.

Mai jos, în Tabelul 5, se prezintă un program săptămânal de exerciții fizice recomandat de organizațiile menționate mai sus, în care se exemplifică felul cum se pot alterna exercițiile aerobice, de forță, de flexibilitate și de echilibru.

Tabelul 5. Program săptămânal de exerciții fizice pentru dezvoltarea capacității cognitive.

Luni	**Marţi**	**Miercuri**	**Joi**	**Vineri**	**Sâmbătă**	**Duminică**
Aerobic		Aerobic	Aerobic	Aerobic		Aerobic
	Forţă				Forţă	
		Flexibi-litate		Flexibi-litate		
	Echilibru		Echilibru		Echilibru	

2.1.9. Dieta și prevenția declinului cognitiv

De ceva timp, consideră că, pentru individul adult și mai ales pentru cel în vârstă, o nutriție adecvată reprezintă una dintre cerințele de bază pentru o stare bună de sănătate. Creierul, ca și celelalte organe și sisteme ale corpului, necesită anumite substanțe nutritive pentru o bună funcționare. Aceste nutrimente sunt necesare atât pentru producerea energiei, cât și pentru menținerea structurii neuronilor și a celorlalte elemente constitutive ale creierului. Deși masa creierului uman reprezintă în jur de 1% din masa corporală, energia consumată de creier este de aproximativ 25-30% din totalul consumat de organism.

Comportamentul alimentar a devenit în timpul nostru un subiect abordat în cele mai diverse contexte. În timp ce relația dintre alimentație și metabolismul energetic și funcționarea organelor interne este ușor de înțeles, cea dintre alimentație și „minte“

este o achiziție mai nouă de care se vorbește însă din ce în ce mai mult. De exemplu, astăzi știm despre legătura dintre lipsa anumitor nutrimente și unele tulburări psihice precum depresia și înțelegem din ce în ce mai ușor faptul că, pentru o bună capacitate cognitivă, avem nevoie de un aport specific de nutrimente și suplimente cu anumite proprietăți printre care le amintim pe cele antioxidative, antiinflamatorii și de favorizare a activității imunologice, hormonale, de proliferare și diferențiere celulară și de combatere a nivelului crescut de colesterol și zaharuri în sânge. S-a constatat că o dietă variată în nutrimente, aduse în special din vegetale și fructe, din cereale și lactate, din uleiuri vegetale, carne de pește și pasăre etc. este capabilă să susțină o activitate cognitivă normală. O astfel de dietă previne procesele neurodegenerative ale creierului prin protecția față de radicalii liberi și mediatorii inflamației cronice. La toate acestea se adaugă și dieta de restricție calorică care are o mare valoare în menținerea unei cogniții funcționale. Despre toate acestea am vorbit pe larg în secțiunea adresată corpului.

2.1.10. Intervențiile cognitive și antrenamentul cognitiv

Multe studii și, de fapt, chiar bunul simț comun arată că abilitățile cognitive sunt cele care contribuie substanțial la prelungirea vieții prin aportul lor la păstrarea unei funcționări adecvate la bătrânețe. De aici vine și interesul enorm al oamenilor față de metodele presupuse a majora capacitățile cognitive sau a le prezerva cât mai mult de-a lungul timpului.

Există un optimism dat de cercetări recente de neuroimagistică care au demonstrat că un mediu stimulativ este de natură să păstreze capacitățile cognitive prin mecanismul de neuroplasticitate, adică mecanismul prin care creierul se autoformează și automenține în măsura în care funcțiile lui sunt solicitate. Acest interes este susținut de trei constatări:

– odată cu vârsta, individul își reduce gradul cu care își stimulează cogniția;
– există o corelație pozitivă între stimularea cognitivă și funcționarea cognitivă;
– stimularea cognitivă întârzie deteriorarea cognitivă.

Pe baza constatărilor că abilitățile creierului nostru se pot menține sau chiar spori prin diferite metode de stimulare, s-au construit metode prin care mintea noastră este antrenată, tot așa cum antrenamentul muscular menține tonusul și forța mușchilor. Iată că ne întoarcem la butada „funcția creează organul“ sau, cum se zice în lumea anglo-saxonă: „Folosește-o or pierde-o“!

Observații riguroase, făcute de-a lungul vremii, au arătat că persoanele cu o educație academică mai bogată, cei care cunosc și citesc în mai multe limbi străine, cei care au o activitate intelectuală susținută prezintă și o deteriorare cognitivă mai târzie în viață. Trecând în revistă 34 de astfel de studii, doi cercetători din Australia, Anstey și Christensen (2000), au demonstrat efectul protectiv al educației înalte asupra funcționarii cognitive. Un studiu canadian făcut de-a lungul a 10 ani și care a cuprins 4.000 de oameni în vârstă a arătat că cei care au prestat o activitate cu o complexitate intelectuală mai mare au prezentat fenomene de declin cognitiv cu 10 ani mai târziu decât cei care au lucrat ceva mai puțin solicitant cognitiv de-a lungul vieții. La fel, s-a arătat și rolul moderat protector al activităților recreative față de deteriorarea cognitivă asociată vârstei înaintate. Astfel, cei care au cântat la un instrument, cei care au citit mai mult, cei cărora le-a plăcut să dezlege cuvinte încrucișate etc. au avut mai puține probleme cognitive la bătrânețe decât cei care s-au uitat la TV. Un studiu interesant de menționat este și cel desfășurat cu taximetriști din Londra cărora li s-a făcut RMN cerebral pentru a evalua mărimea hipocampusului, formațiunea cerebrală care participă la formarea memoriei. Acest studiu a constatat că șoferii care știau pe de rost miile de străzi ale Londrei și cei cu mai mare vechime aveau un hipocampus mai dezvoltat decât șoferii care trebuiau să se uite la GPS sau la hartă pentru a găsi o stradă sau cei care erau mai noi în profesie. Și aici se

relevă încă o dată faptul că, stimulându-ți memoria, deci cogniția, nu faci altceva decât să-ți menții o minte ageră la bătrânețe. Acest studiu confirmă după 2050 de ani ceea ce Cicero spunea în lucrarea *De Senectute*: „*Memoria este afectată dacă nu o exersezi*".

Intervențiile cognitive se adresează în mod tipic domeniilor principale de funcționare precum memoria, rezolvarea problemelor, judecata, limbajul, coordonarea spațio-vizuală. Ele urmăresc unul dintre următoarele scopuri:

– restaurarea facultăților cognitive
– reabilitarea și/sau compensarea capacităților cognitive reduse sau pierdute din diferite cauze
– stimularea capacităților cognitive pe baza creșterii rezervei cognitive.

Becca Levy și Ellen Langer, două cercetătoare din America anilor 1990, au făcut un studiu foarte interesant prin care au demonstrat că mare parte din pierderea memoriei și a cogniției la bătrâni este cauzată de atitudinea pe care aceștia și cultura din care fac parte o au asupra bătrâneții ca perioadă de declin biologic și psihologic. Ele au văzut că, în culturile în care bătrânii au fost priviți ca prietenoși, calzi și deștepți, au avut un scor mai înalt la probele de memorie decât în cele în care bătrânii sunt numiți uituci, înceți și fragili. De atunci, a devenit evident că deteriorarea cognitivă la vârstnici este și o problemă a stereotipului negativ prin care sunt ei identificați, a așteptării generale ca oamenii în vârstă să fie uituci, înceți și nedescurcăreți. Aceste constatări arată clar că odată cu vârsta un individ poate să fie „victima" concepțiilor negative despre bătrânețe ale lumii în care trăiește și să creadă și să se comporte în acord cu aceste credințe, deși poate capacitățile lui sunt altele, mult mai bune decât se așteaptă cei din jurul lui.

În acest capitol, voi dezvolta numai tehnicile dedicate creșterii capacităților cognitive și plasarea lor în rezervă cognitivă, astfel încât, odată cu înaintarea în vârstă, denivelarea cognitivă să poată fi compensată din rezerva ei.

Voi prezenta aceste intervenții așa cum le promovează studiul ACTIVE (*Advanced Training for Independent and Vital Elderly*),

inițiat de Institutul Național de Sănătate al Statelor Unite. Scopul acestui studiu a fost să se afle dacă metodele de antrenament cognitiv construite în condiții experimentale, sunt cu adevărat eficace când se aplică la populația generală și dacă ele le furnizează o îmbunătățire reală a vieții de zi cu zi celor care le urmează. Au fost experimentate trei feluri de metode:

– antrenamentul pentru memorie, care constă în exerciții mnemotehnice referitoare la sarcinile de fiecare zi;
– antrenamentul pentru gândire, constând în îmbunătățirea abilității de rezolvare a problemelor care cer o gândire liniară și anumite modele și secvențe de căutare a soluțiilor;
– antrenamentul pentru viteza proceselor mintale prin exersarea sarcinilor care necesită atenție.

Subiecții incluși în acest studiu au fost evaluați în trei momente distincte: la începutul studiului, după 11 luni de antrenament cognitiv și apoi după 5 ani. Astfel, s-a constatat că cei care au făcut antrenament cognitiv încă mai prezentau și după 5 ani o îmbunătățire a abilităților cognitive sau, cu alte cuvinte, cogniția nu se deteriorase prin trecerea anilor. Acest studiu, cât și altele care au urmat, au arătat fără tăgadă că intervențiile cognitive sunt asociate cu îmbunătățirea pe termen lung a abilităților cognitive.

2.1.11. Care sunt obiectivele tehnicilor de antrenament cognitiv

1. Antrenamentul pentru memorie constă în diferite strategii mnemotehnice, focusate în special asupra memoriei episodice verbale. Strategiile mnemotehnice au fost folosite pentru rememorarea și organizarea anumitor activități precum cumpărături în oraș, rememorarea unor denumiri, rememorarea ideilor principale dintr-un text. Exemplu de strategii mnemotehnice: organizarea materialului în grupe logice, legătura lor cu imagini sau cu alte ancore de memorie.

+1 RÂND

2. Antrenamentul pentru gândire cu scopul decelării secvențelor logice și a modelelor secvențiale logice din anumite genuri de texte, anticiparea și identificarea lor pentru a fi capabil de a determina ceea ce urmează, conform unor reguli de gândire logică.
3. Antrenamentul de îmbunătățire a vitezei proceselor mintale cu scopul de a crea abilități de fluidizare a proceselor mintale și a vitezei lor și de a procesa mai multe informații în aceeași perioadă de timp prin îmbunătățirea detecției, a identificării, a discriminării și a localizării informațiilor.
4. Antrenamentul de plasticitate cerebrală pentru creșterea abilității lingvistice prin exerciții de creare de legături logice între cuvinte, de recunoaștere a cuvintelor pe bază de silabe, de decelare a secvențelor și a modelelor verbale pe baza unor fragmente, de transformare a unui text în întrebări etc.
5. Alte tehnici precum:
    5.1. asocierea între figura unei persoane și numele acesteia;
    5.2. metode strategice de memorare și asociere între imagini și cuvinte;
    5.3. implementarea unei intenții prin planificarea unui comportament, decelarea unor secvențe de execuție, anticiparea dificultăților și a nevoii de ajutor.

În general, un astfel de antrenament cognitiv se face de un personal calificat și se adresează persoanelor cu o denivelare cognitivă evidentă. Am prezentat aceste metode doar pentru a te deprinde cu ideea că tulburările cognitive nu sunt un destin imuabil, ele pot fi prevenite și reabilitate prin metode care se adresează memoriei, atenției și fluidizării proceselor de gândire și limbaj, printr-un antrenament ce vizează sarcinile curente, ale vieții de zi cu zi, care să îmbunătățească funcționarea domestică, la care se adaugă exercițiile fizice de echilibru, de coordonare, de gimnastică și jocuri împreună cu alții. În foarte multe cazuri, un astfel de antrenament cognitiv a temporizat o perioadă lungă apariția tulburărilor de tipul demenței Alzheimer, a redus medicația specifică și a determinat rămânerea individului în mediul familial.

Există însă alte metode pe care le-am denumit metode de „*igienă cognitivă*“, aflate la îndemâna fiecăruia și pe care le recomand ca fiind eficiente în măsura în care sunt efectuate cu perseverență și introduse într-un program de viață. Aceste metode se adresează tuturor celor care doresc să-și mențină intacte capacitățile cognitive, celor care vor să străbată anii fără să piardă ceva din vigoarea minții lor. Aceste metode se pot împărți în metode specifice de stimulare generală cognitivă și metode nespecifice de susținere a activității cognitive. Mai jos, găsești un astfel de program de stimulare cognitivă, urmând ca mai departe să găsești un capitol special adresat memoriei și atenției.

2.1.12. Recomandări pentru menținerea funcțiilor cognitive și a rezervei cognitive

2.1.12.1. Activități fizice

1. Practică în mod regulat exerciții fizice aerobice pentru cel puțin 30 de minute în fiecare zi, minimum 5 zile pe săptămână;
2. Execută exerciții de elongație în fiecare zi, dimineața, imediat după ce te scoli din pat;
3. Execută exerciții de echilibru în fiecare zi, cel puțin 5 minute; trebuie să știi că incapacitatea de a-ți menține echilibrul într-un picior anunță o denivelare cognitivă;
4. Execută exerciții de forță de 2-3 ori pe săptămână;
5. Identifică și gestionează obstacolele care te împiedică să faci aceste activități fizice, astfel încât ele să poată deveni o rutină de fiecare zi.

2.1.12.2. Nutriție

6. Urmează principiile piramidei alimentelor din dieta mediteraneeană prezentată în secțiunea anterioară a cărții;
7. Mănâncă zilnic vegetale și fructe colorate;
8. Ia în considerare greutatea ta corporală și vezi dacă te califici pentru dieta de restricție calorică prezentată în secțiunea a II-a a cărții;

–1 RÂND

9. Bea suficiente lichide pentru a fi hidratat corect, cel puțin 2 litri pe zi;
10. Ia o tabletă de polivitamine pe zi și, în funcție de niveul grăsimilor din sânge, vezi dacă este necesar să adaugi suplimente precum Omega 3, uleiul de pește și altele pe care le-ai găsit explicate în secțiunea anterioară a cărții.

2.1.12.3. Măsuri de igienă generală

11. Evită fumatul;
12. Consumă băuturi alcoolice în cantități moderate, adică nu mai mult de 1-2 pahare de vin sau 1-2 păhărele (25 mL) de băuturi spirtoase pe zi;
13. Încearcă să te odihnești și să dormi bine (vezi mai departe în carte despre odihnă și somn);
14. Tratează corect rinita cronică („nasul înfundat“), respirația pe gură din timpul somnului și sforăitul care determină „apneea de somn“ și irigarea defectuoasă cu sânge a creierului;
15. Evită expunerea prelungită la soare și folosește cremele protectoare atunci când este cazul;
16. Evită sau redu contactul cu situațiile stresante (vezi mai departe modul de gestionare a stresului);

2.1.12.4. Stimularea cognitivă

17. Implică-te activ în orice fel de sarcini care presupun activitate intelectuală, comunicare cu alții, lucru în echipă, învățare de deprinderi noi, cunoaștere de locuri și lucruri noi;
18. Caută să rămâi într-un program de educație permanentă (cursuri, workshop-uri, conferințe, lecturi, materiale audio-vizuale etc.) care să-ți aducă permanent un flux continuu de informații prin care să-ți menții un grad ridicat de educație profesională și generală;
19. Citește cât mai mult posibil, mai ales literatură, cel puțin 50-80 de pagini pe zi, și nu pune semn de carte acolo unde ai rămas; a doua zi, încearcă să-ți amintești unde ai rămas pe baza numărului paginii sau, mai bine, pe baza locului unde a

rămas narațiunea; fă-ți un program zilnic care să cuprindă timpul și cantitatea de pagini de citit zilnic;

20. Află dacă în localitatea ta există un grup de lectură și, dacă da, încearcă să te atașezi pentru a citi și discuta despre cărți împreună cu alții; dacă nu, încearcă să creezi unul împreună cu prietenii și cunoscuții tăi;
21. Caută motive să scrii texte, cel mai bine de mână, dar e bine să scrii și la tastatura unui computer/laptop, în felul acesta vei exersa cuvintele și alcătuirea lor din litere; când scrii la computer vei, constata la sfârșit câte greșeli ai făcut, omisiuni sau inversări de litere în corpul unui cuvânt, și astfel vei avea mai multă grijă să fii atent când scrii; dacă ai timp, poți să-ți faci un ritual din a scrie de mână sau la tastatura computerului în fiecare zi o foaie format A4, copiind un text dintr-o carte oarecare;
22. Caută să te joci cu cuvintele, dezleagă careuri de cuvinte încrucișate, anagrame, criptograme, integrame, joacă „Scrabble“ și orice altceva care îți dezvoltă vocabularul și legăturile dintre cuvinte, dintre cuvinte și concepte sau noțiuni, dintre cuvinte și situații, dintre cuvinte și întâmplări, dintre cuvinte și oameni;
23. Descoperă pentru fiecare cuvânt definiția lui, ce vrea să însemne, care sunt cuvintele apropiate ca sens, sinonimele, și care sunt cuvintele cu sens opus, antonimele;
24. Caută oportunități de conversație cu cât mai mulți și diverși oameni, să abordezi subiecte variate, obișnuiește-te să asculți atent și să vorbești la obiect;
25. Dezvoltă-ți atenția, încearcă să rămâi concentrat asupra unei sarcini, nu te lăsa distras de zgomote sau intruși, încearcă să urmărești cu simțurile ceea ce ai început;
26. Joacă jocuri „de strategie“ care presupun atenție, decizie și planificare precum GO, Sudoku, bridge, monopoly etc.
27. Participă la jocuri care presupun cunoașterea de reguli, atenție, creativitate și competiție, de exemplu șah;
28. Joacă jocuri de puzzle, mai ales acelea de logică care îți dezvoltă creativitatea și spiritul de observație;

29. Mergi regulat la teatru, cinema, concerte, expoziții de pictură, conferințe de interes general și conversează cu cei pe care-i cunoști despre ce ai văzut și ascultat;
30. Citește regulat reviste sau ziare care îți aduc informații culturale diverse, nu considera nimic plictisitor sau neinteresant, educă-ți capacitatea de persistență atunci când citești și luptă cu tendința de a citi pe sărite sau în diagonală;
31. Încearcă să înveți o limbă străină, iar în măsura în care ești avansat, încearcă să citești regulat și să conversezi în limba străină pe care o cunoști;
32. Învăța să asculți radioul și să urmărești atent emisiuni culturale, de știință popularizată, comentarii, mese rotunde, teatru la microfon etc.
33. Nu rămâne niciodată nelămurit sau confuz, răspunde-ți la orice întrebare, dacă este ceva care nu știi sau nu ai înțeles, atunci când ai o pauză, când ai timp, când te-ai întors acasă, caută să-ți răspunzi, să afli despre ce a fost vorba, uită-te într-un dicționar, într-o enciclopedie, dă un *search* pe Google etc. și lămurește-te, nu lăsa să treacă nimic din ceea ce nu știi, rămâi mereu curios!

2.2. MEMORIA ȘI PĂSTRAREA EI

Memoria este una dintre cele mai importante capacități pe care le avem și pe care este clădită existența noastră. Ne gândim la ea doar din când în când, pentru că o considerăm o calitate implicită, de la sine înțeleasă, care ne este dată odată cu mintea noastră. Uneori, le folosim cu înțelesuri intereschimbabile. Atunci când uităm ceva, când avem un lapsus de memorie și ne dăm seama că, fără memorie, nu am putea reține cuvintele limbii pe care o vorbim, nu am avea gramatica, nu am ști cine suntem și unde locuim, nu am putea comunica cu alții, nu am putea învăța nicio deprindere, fie ea cât de simplă, începem să reflectăm la ea și să o evaluăm cu prudență, pentru că ne este frică să constatăm că memoria noastră nu este

ceea ce ne-am fi așteptat. Apoi anii se adună și constatăm că ceea ce începem să pierdem cu vârsta este tocmai memoria!

Mai multe studii au utilizat o metodologie care a constat în a prezenta fiecărui subiect o pereche de cuvinte timp de 5 secunde după care i s-a arătat o altă pereche și așa mai departe până la prezentarea a 20 de perechi de cuvinte. Apoi subiecții au avut câteva minute de pauză, după care au fost prezentate fiecăruia din ei numai câte un cuvânt din fiecare pereche, invitându-i să-și amintească celălalt cuvânt din perechea corespunzătoare. S-a constatat că oamenii cu vârsta peste 60 de ani își amintesc numai 65-75% din cuvintele perechi față de numărul de perechi pe care și-l amintesc subiecții de 20 de ani.

Până la mijlocul secolului al XIX-lea, se credea că memoria este una singură. Astăzi, există mai mult clasificări ale memoriei în funcție de anumite criterii precum tipul de informații stocate sau timpul în care s-au petrecut. La începutul secolului XX, au fost descrise memoria implicită și cea explicită. Memoria implicită este cea pe care o folosim fără să ne dăm seama când facem o activitate care presupune folosirea de informații memorate înainte, subiectul nu-și dă seama că utilizează aceste informații în timp ce execută activitatea. De exemplu, atunci când conducem mașina, nu ne gândim că, de fapt, am învățat și memorat o serie de informații despre conducerea mașinii, dar nu facem niciun efort conștient să le extragem de acolo când conducem. Mai avem memoria explicită atunci când facem un efort conștient să ne amintim ceva; subiectul știe că are această informație în memoria lui și se străduiește să o extragă de acolo. Când spunem că am uitat ceva sau că nu ne mai aducem aminte de ceva, ne referim la memoria explicită.

Memoria explicită este de două feluri: memoria episodică și memoria semantică. Se face distincția dintre memoria semantică, care este memoria faptelor durabile ale lumii, și memoria episodică, o înregistrare a evenimentelor care tocmai au trecut. Informațiile din memoria episodică sunt despre evenimentele trecute care au privit individul, este ca și cum ar fi înregistrat un jurnal zilnic. Memoria semantică este memoria semnificațiilor lucrurilor care

s-au petrecut și memoria înțelesurilor cuvintelor. Pe baza memorării semnificațiilor diferitelor evenimente trecute, se poate înțelege ceea ce se petrece în prezent, se poate construi un plan și anticipa rezultatul diferitelor acțiuni și evenimente, se pot face analogii și se poate imagina un lucru. Deși cele două tipuri de memorie au mecanisme diferite, ele formează împreună un tot, pentru că noi nu memorăm lucrurile ca și cum le-ar înregistra pe un video-recording, ci le stocăm atât conform evenimentului, cât și al înțelesului pe care îl au pentru noi.

Înregistrarea în memoria episodică depinde în mare parte de existența memoriei semantice. Dacă mergem la teatru, noi înregistrăm acțiunea și personajele, dar și semnificația acțiunii, facem analogiile și comparațiile cu lucruri similare, descoperim un înțeles superior, estetic, al piesei de teatru. Putem spune că atât memoria semantică, cât și cea episodică participă la formarea experienței din punct de vedere narativ, pentru că putem povesti atât firul evenimentelor, cât și comentariile noastre față de acestea. Detaliile episodice ale unui eveniment sunt extrase din memorie împreună cu semnificația lor semantică, așa cum se întâmplă în orice povestire sau în construirea episoadelor ficționale precum în literatură sau film.

Cu vârsta, memoria episodică este cea mai afectată, iar cea semantică își păstrează mult timp vigoarea. Astfel, oamenii în vârstă pot uita acțiunea unui film pe care l-au văzut cu o seară înainte, dar nu uită semnificația filmului în general.

Mai avem o memorie de scurtă durată, care presupune memorarea evenimentelor ce se petrec în momentul de față și pe care le ține actuale de la câteva zeci de secunde până la câteva minute, și memoria de lungă durată care păstrează evenimentele petrecute mai demult. Memoria implicită și cea explicită sunt părți ale memoriei de lungă durată.

Se mai vorbește și de memoria „de lucru“ sau memoria operațională, care este memoria temporară în care aducem la un loc informațiile de care avem nevoie ca să facem o sarcină oarecare, este similară memoriei RAM de la computer, care aduce din

totalitatea informaţiilor stocate pe hard doar informaţiile necesare pentru sarcina de executat.

Memoria de scurtă durată este foarte importantă pentru înțelegerea „fonologică“, adică a limbajului vorbit, pentru că noi trebuie să ținem minte toate cuvintele spuse de cineva pe măsură ce le auzim, pentru ca apoi, instantaneu, să înțelegem despre ce a fost vorba în propoziţia pe care tocmai am auzit-o.

Informaţia se stochează separat în memoria de scurtă durată și în cea de lungă durată, dar informaţii din memoria de scurtă durată pot trece în cea de lungă durată în funcţie de utilitatea lor și apoi să le extragem când avem nevoie sau ne trezim că ni le-am amintit. Mulţi oameni cred că, în boala Alzheimer, individul pierde memoria de scurtă durată, în schimb cea de lungă durată este mai bine păstrată pentru că el ține minte lucruri trăite cu mult timp înainte. De fapt, ceea ce se petrece aici este deteriorarea mecanismului prin care informaţia culeasă de memoria imediată, de scurtă durată, se transportă în memoria de lungă durată.

Mulţi oameni cred că pierderea memoriei este cauzată de moartea neuronilor. Creierul uman are la naștere în jur de 100 miliarde de neuroni și acest număr scade cu vârsta. Însă mai puţini știu că la nicio vârstă nu se pierd așa de mulţi neuroni cum s-au pierdut la naștere și în primele luni de viaţă. Creierul are o rezervă imensă de neuroni și pierderea naturală de neuroni nu antrenează o pierdere funcţională. Este greu de estimat această cifră, însă se știe că pentru fiecare decadă de vârstă noi pierdem 2% din greutatea creierului.

Mult timp s-a încercat să se descopere în creier un centru al memoriei, dar cercetările de neurofiziologie au demonstrat treptat că la formarea memoriei participă mai multe zone cerebrale, cele mai des utilizate fiind lobul temporal și hipocampusul. Spun aceasta pentru a semnala un fapt foarte important pentru fiecare dintre noi. Se știe că, din păcate, neuronii nu se înmulțesc. Există fenomenul de neuroplasticitate pe baza căruia funcţia unor neuroni care au murit este preluată de neuroni adiacenţi sau din alte zone ale creierului pe baza procesului de învăţare. Dar, totuși, există o zonă din creier care crește în volum când este intens folosită și chiar s-a

demonstrat creșterea numărului de neuroni din acea formațiune. Acea formațiune este hipocampusul, iar numărul neuronilor de acolo cresc când folosim intens memoria, ca în cazul demonstrat al șoferilor de taxi din Londra care trebuie să memorize toate străzile înainte de a-și lua licența, sau când facem sport!

Mai sunt zone speciale care participă la formarea memoriei fețelor umane și recunoașterea lor sau zone care participă în principal la formarea memoriei vizuo-spațiale pe baza căreia stocăm și recunoaștem diferite figuri geometrice, construcții spațiale sau locuri pe hartă etc.

Un alt lucru demn de semnalat aici este că memoria stochează mai bine informații dacă sunt preluate simultan prin mai multe canale senzoriale. Astfel, informațiile auditive, de exemplu cuvintele, sunt mai ușor ținute minte dacă sunt și văzute. Astfel, memorăm mai bine când citim cu voce tare decât atunci când citim doar în gând. La fel, evenimentele sunt ținute mai ușor minte dacă au interesat și alt canal senzorial, de exemplu dacă sunt asociate cu unele senzații corporale sau asociate cu unele trăiri emoționale. Se spune despre cei care își aduc aminte mai ușor de informații trecute tocmai datorită asocierii lor cu experiențe emoționale că au o memorie afectivă.

A existat dintotdeauna un interes deosebit pentru păstrarea și chiar creșterea capacității memoriei noastre. Strădania s-a concentrat mai ales asupra pierderii treptate de memorie care însoțește creșterea în vârstă. Aceste metode ar putea fi împărțite în cele care previn pierderea de memorie de-a lungul timpului și metode care caută să aducă un plus de memorie celei existente la un moment dat.

Prevenirea pierderii de memorie odată cu creșterea în vârstă ia în considerare acele tehnici sau metode care s-au dovedit eficiente pentru a menține o bună funcționare a neuronilor și eliminarea pe cât se poate a factorilor de risc pentru metabolismul neuronal, pe de o parte, și creșterea capacității funcționale a structurilor cerebrale implicate în procesul de memorare pe baza teoriei neuroplasticității, pe de altă parte.

Mai jos o să găsești câteva sugestii pentru prevenirea pierderii de memorie de-a lungul anilor:

1. Învață o limbă străină și apoi citește texte, reviste, magazine și cărți în această limbă; ascultă radioul care emite în limba pe care ai învățat-o ulterior limbii materne. Cu cât vei ști, vorbi și citi în mai multe limbi străine, cu atât memoria ta, și cogniția în general, va fi mai bună și mai nealterată timp îndelungat!
2. Joacă-te cu cuvinte, precum jocuri rebus, dezleagă careuri de cuvinte încrucișate, criptograme, integrame, anagrame, învață, caută parteneri și joacă Scrabble și alte jocuri cu cuvinte, în felul acesta îți vei ține trează memoria cuvintelor, ale sinonimelor și antonimelor, ale denotațiilor și conotațiilor lor, a definițiilor cuvintelor, cu cât te vei „juca“ mai mult cu cuvintele, cu atât mintea ta va fi mai sprintenă!
3. Citește în fiecare zi cel puțin 50-80 de pagini dintr-o carte sau un text interesant, nu lăsa mintea să zboare când citești, capacitatea de atenție și de concentrare fiind elemente esențiale pentru a înțelege și memora ceea ce citești; împărtășește ce ai citit cu alții și povestește ori de câte ori ai ocazia despre preocupările tale intelectuale;
4. Practică jocuri „strategice“ care dezvoltă memoria operațională, capacitatea de judecată și luarea deciziilor, precum Sudoku, bridge, jocuri de puzzle etc.
5. Învăța să cânți la un instrument și exersează după un program care să te facă să nu-l neglijezi; acest gen de exercițiu al minții influențează memoria și cogniția deopotrivă, ba mai mult, țin să-ți spun o constatare empirică precum că muzicienii sunt dintre cei care au longevitatea cea mai mare și fac fenomene de denivelare cognitive/de memorie mult mai târziu decât alții;
6. Menține-te la curent cu noutățile, alege 2-3 domenii cărora să le rămâi fidel (de exemplu, astronomie, geografie, istorie etc.) și ține-te la curent cu informațiile din aceste domenii prin reviste, căutare pe internet, bloguri, forumuri, emisiuni radio;
7. Încearcă să găsești parteneri și să joci jocuri care îți mențin atenția și strategiile mintale la nivel optim, precum șah, monopoly, canastă, bridge etc.;

8. Nu uita să mergi la cinematograf și la teatru, nu încerca să te amăgești că vezi filme la TV sau pe computer, a fi împreună cu alții în săli de spectacol și a viziona un film, o piesă de teatru sau un concert este incomparabil mai benefic pentru mintea ta decât a sta în fața unui televizor;
9. Descoperă un nou hobby, mai ales cu caracter intelectual, și păstrează-l și dezvoltă-l cât mai mult; implică-te într-un domeniu care să-ți țină treaz interesul, motivația, care să te absoarbă și să nu te lase niciodată să te plictisești; plictiseala înseamnă adormirea minții și deteriorarea tuturor abilităților ei;
10. Folosește calculatorul și învață un program, navighează pe internet și caută site-uri cu informații care să te atragă: călătorii, știință, natură, cumpără-ți un aparat fotografic și „joacă-te" cu programe de tipul photoshop etc.;
11. Socializează și conversează cât mai mult cu prieteni, cunoscuți și chiar cu oameni pe care-i întâlnești prima oară; oamenii vorbăreți, care găsesc imediat un partener de discuție, oamenii care pun în mai multe cuvinte orice eveniment, cei cărora le place să povestească sunt cei care au o memorie care se păstrează mai mult în viață;
12. Introdu în dieta ta zilnică cât mai multe vegetale, fructe, lactate, pește, gătește cu ulei de măsline, dirijează-ți dieta în funcție de nevoia de antioxidanți și aport de factor Omega-3; am discutat aceste probleme pe larg în capitolul despre dietă și suplimente;
13. Îmbunătățește-ți aportul de precursori ai neuromediatorilor implicați în memorie: i) precursori pentru acetilcolină: gălbenușul de ou, alunele, germenii de grâu, iaurtul, brânza de vaci, peștele, ficatul, broccoli, varza și conopida; ii) precursori pentru serotonină: pastele făinoase, cerealele, pâinea integrală, cartofii, bananele și vegetalele în general;
14. Redu consumul de alcool până la nivel de moderație, ceea ce înseamnă nu mai mult de 1-2 pahare de vin sau 1-2 păhărele foarte mici de băuturi tari pe zi; dacă fumezi, caută să te

oprești considerând că fumatul este un factor de risc pentru metabolismul neuronal;

15. Încearcă să gestionezi în mod adecvat factorii de stres și emoțiile negative; acest tip de evenimente și situații sunt cele care provoacă moarte neuronală, hormonii de stres sunt cei mai mari dușmani ai rețelei neuronale;
16. Odihnește-te în fiecare zi, cel mai bine după ce iei masa de prânz, și urmează toate principiile de igienă ale somnului pentru a dormi cel puțin 7-8 ore în fiecare noapte;
17. Practică exerciții fizice zilnice, de exemplu gimnastică, mersul pe jos minimum 30-45 de minute, mersul pe bicicletă, sporturi cu mingea etc.; Nu uita: exercițiul fizic nu numai că îți menține în bună condiție mintea, dar și face să crească numărul neuronilor din hipocampus;
18. Călătorește, încearcă să descoperi locuri, oameni și obiceiuri noi, niciun ban nu este risipit atunci când călătorești;
19. Ca o regulă generală, încearcă să rămâi implicat, nu abandona nicio activitate oricât de „costisitoare“ ar părea, a te menține activ înseamnă a-ți menține mintea ageră și memoria intactă. Într-un articol recent din ziarul *New York Times*, se descria cazul unui bărbat în vârstă de 101 ani care încă lucra ca editor la două jurnale științifice și căruia îi trebuiau două secretare ca să se poată ține după el, în afară de faptul că exersa în fiecare zi la vioară, sau un altul în vârstă de 102 ani care lucra la serviciul de desfacere al unei întreprinderi mari și care dădea zeci de telefoane zilnic la clienți și gestiona piața și importurile acestei firme, sau o altă persoană de 92 de ani care lucra 40 de ore pe săptămână ca expert la o fabrică de corzi pentru instrumente muzicale. Toate acestea exemplifică zicala occidentală despre minte: „Folosește-o ori pierde-o!“

În cazul în care constați că există totuși o pierdere de memorie, alături de ceea ce am spus mai sus poți adăuga:

1. Relaxează-te și încearcă să fii calm, tensiunea și stresul accentuează pierderea de memorie, duce la scăderea atenției și favorizează lapsusurile de memorie;

2. Vizualizează lucrurile pe care dorești să le memorezi, vei constata că ții mai ușor minte lucruri pe care le-ai văzut decât cele pe care doar le-ai auzit. Încearcă să-ți notezi, ține un mic carnețel în buzunar și scrie ce dorești să faci, ce vrei să cumperi, unde vrei să mergi etc.
3. Notează tot ce crezi că trebuie să ții minte și repetă în gând ce ai scris, punând lucrurile de făcut în ordinea priorităților;
4. Asociază lucrurile în funcție de ceea ce le aseamănă și grupează-le pentru a le ține minte după diferite criterii, de exemplu, cumpărături alimentare, probleme financiare, gospodărie, curățenie, mers la diferite instituții, întâlniri cu diferite persoane etc.;
5. Organizează lucrurile de făcut și obiectele din casă, încearcă să introduci o ordine și o logică în felul cum pui lucrurile, de exemplu să pui toate cheile într-un singur loc, obiectele în funcție de sezon sau alte lucruri în funcție de calendar sau evenimente speciale;
6. Dacă ai avut un lapsus de memorie, dacă în timpul unei conversații ai uitat un cuvânt sau un nume, scrie acel cuvânt și pune în dreptul lui o definiție și apoi sinonime și antonime (cumpără-ți un dicționar de sinonime și îți va fi mai ușor), iar în cazul unui nume, scrie ce îți aduce aminte acel nume, când ai cunoscut persoana, ce reprezintă, ce a făcut, în felul acesta se fac legături mintale și altădată nu vei mai avea aceste neplăceri;
7. Cuvântul pe care l-ai uitat leagă-l de un eveniment, adică pune-l în memoria episodică, leagă-l de un sens, adică pune-l în memoria semantică, de un sunet, de felul cum cuvântul sună când îl pronunți și de o imagine, ce imagine îți evocă cuvântul respectiv, pentru că atunci când ai nevoie de acest cuvânt ți-l vei aminti în funcție de aceste „ancore“ pe care le-ai pus; tu vei știi deja că îți aduci aminte de un nume sau de un cuvânt mai ales în funcție de cum sună (*memoria auditivă*), în funcție de cum arată (*memoria vizuală*), de evenimentul în care a fost evocat (*memoria episodică*) sau de ce a însemnat pentru tine (*memoria semantică*);

8. Repetă mereu ce crezi că vei uita, cu cât repeţi mai mult un lucru, cu atât mai uşor îl ţii minte, astfel creezi ritualuri și stereotipuri ale diferitelor activităţi de executat; când scrii un lucru de făcut poţi să-l repeţi cu glas tare, se reţine mai uşor, când vorbești în gând cu mintea ta totul ţi se pare uşor și de la sine înţeles, dar apoi vezi că nu este tocmai așa, cel mai bine este să vorbești cu mintea ta cu voce tare sau scriind și atunci lucrurile se stochează în memorie mai bine;
9. Fă în fiecare zi un exerciţiu de memorie: scrie 10 cuvinte la întâmplare pe o foaie de hârtie și apoi, după 10-15 minute, în care ai făcut orice altceva, caută să-ţi amintești acele 10 cuvinte; în cazul în care constaţi că ai greutăţi, repetă cele 10 cuvinte la începutul exerciţiului cu voce tare și, apoi, după cele 10-15 minute, caută să ţi le amintești; dacă și așa constaţi că ai greutăţi, scrie în dreptul fiecărui cuvânt definiţia lui și, după 10-15 minute, încearcă să-ţi amintești cele 10 cuvinte, o să constaţi că de data aceasta îţi amintești mult mai multe cuvinte dintre cele 10 iniţiale; fă exerciţiul cu voce tare;
10. Alt exerciţiu de memorie presupune: alege mai multe cuvinte, pronunţă-le cu voce tare, desparte-le în silabe și îndreptă-ţi atenţia asupra felului cum sună fiecare silabă și imaginează-ţi în același timp literele din care aceste cuvinte și silabe sunt alcătuite;
11. Alt joc cu cuvinte presupune să alegi un cuvânt și să-ţi spui ce înseamnă, apoi construiește 2-3 propoziţii cu acel cuvânt, transformă acea propoziţie la negativ, adică pune o negaţie în interiorul ei, apoi pune acţiunea acelei propoziţii la trecut și apoi la viitor, apoi înlocuiește cuvântul pe care l-ai ales cu unul asemănător ca sens, adică un sinonim, și fă aceleași transformări ca înainte, apoi alege un cuvânt cu sens contrar, un antonim, și fă aceleași tip de exerciţiu cu acest din urmă cuvânt; îţi recomand să faci exerciţiul cu voce tare;
12. Îţi recomand să încerci să ţii un jurnal zilnic. În felul acesta vei, face un exerciţiu constant de scris, vei folosi diferite cuvinte, îţi vei folosi mintea pentru a transforma întâmplări, evenimente

sau activități care s-au petrecut în ziua respectivă în narațiune, exercițiu care îți va ține mintea și memoria ta în bună stare; după o perioadă de „corvoadă“ cu acest jurnal, vei descoperi că îți face plăcere să scrii în fiecare seară o pagină cu întâmplările de peste zi și chiar cu comentariile tale despre acestea.

Mulți oameni cred că există medicamente, adică substanțe care administrate pot conduce la îmbunătățirea memoriei. Eu nu cred în acest lucru! În ceea ce cred și deci ceea ce îți recomand este ca din timp să-ți antrenezi mintea, să o ții „în formă“, să menții o dietă potrivită (de exemplu, cea mediteraneeană), să-ți menții greutatea (nu uita de dieta hipocalorică) și mai ales nu uita de exercițiile fizice zilnice, iar atunci când intervin unele deficiențe de memorie, încearcă să-ți organizezi sistematic informațiile, altfel încât să le poți memora și recupera din memorie după criterii pe care le stabilești singur.

2.3. ATENȚIA ȘI MINTEA CARE „ZBOARĂ“

Se întâmplă des să „cădem pe gânduri“ și atunci mintea noastră „zboară“ unde vrea ea. Este suficient ca mintea noastră să reflecteze la ceva ce am văzut, auzit, simțit, pentru ca în secundele următoare să se ducă ba în trecut, ba viitor, sau nu trec decât câteva secunde uitându-ne la un punct fix și mintea se desparte de prezent ca să „rătăcească“ pe unde vrea ea, sau dacă facem ceva repetitiv sau plictisitor, gândurile noastre iar o iau razna în locuri fără legătură cu activitatea în care eram implicați. Conducem mașina, suntem la fereastră în tren, călătorim cu avionul, participăm la o conferință, citim o carte, facem un duș și deodată mintea noastră „fuge“, mergem pe stradă și trecem pe lângă cineva cunoscut și nu-l salutăm pentru că mintea noastră era în altă parte. Din această cauză, deseori, ni se atrage atenția că nu suntem atenți și că suntem cu mintea în altă parte. Se spune că suntem distrați, absenți sau visători.

Un studiu făcut pe un eșantion de câteva mii de subiecți a relevat că mintea zboară în medie 30% din timpul când un individ

este treaz. Nu toate activitățile sunt întrerupte de episoade de minte călătoare. De exemplu, când ne spălăm pe dinți mintea zboară cam 60% din timp, când stăm de vorbă cu cineva mintea zboară numai 30% din timp, iar când citim ceva mintea zboară cam 20% din timp, lucru ce arată că acest fenomen trebuie să fie considerat ca o componentă specifică funcționării minții, o componentă esențială a cogniției umane. De obicei, mintea noastră călătorește în timp, în trecut și viitor, în locuri în care a mai fost sau pe care le anticipează, le imaginează, călătorește făcând planuri, anticipând rezultate sau construind griji, dar mai zboară și la mintea altora, închipuindu-ne ce gândesc, ce cred sau ce fac alții.

Când vorbim de minte „călătoare“ sau „rătăcitoare“, ne referim în fond la apariția de gânduri care nu sunt legate de activitatea sau sarcina curentă a minții. Cu alte cuvinte, am putea spune că, în timpul cât mintea călătorește, omul prezintă gânduri spontane, independente de voința lui și de stimulii externi. Majoritatea acestor gânduri sunt îndreptate spre lumea interioară a omului.

Am putea spune că, atunci când mintea noastră zboară, ea este în repaus și, atunci când mintea este sub voința noastră, ea lucrează. Gândurile dirijate de voință sau motivația noastră sunt gânduri care implică vigilența, percepția și atenția noastră, iar gândurile automate, cele care zboară, sunt gânduri când percepția noastră se decuplează de realitate, făcând ca cogniția noastră să evolueze independent, neintențional, să autogenereze gânduri fără legătură cauzală cu ceea ce este în jur.

S-ar crede că activitatea mintală neintenționată nu are niciun rost. Realitatea este că atât timp cât suntem în stare de veghe, gândurile nu se opresc, indiferent dacă sunt intenționale sau nu, indiferent dacă suntem atenți la ele sau nu, gândurile curg. Astfel, mintea poate procesa independent de atenția noastră input-ul senzorial, ca atunci când conducem mașina și gândurile ne zboară în altă parte, sau să se decupleze de ceea ce este în jur și să producă gânduri independente de mediul ambiant. Cu toate că mintea zboară, ceva din noi încă monitorizează sarcina în curs de execuție, ca atunci când executăm o sarcină plictisitoare, monotonă, de rutină, și avem

episoade scurte de minte care zboară altundeva, fără să influențeze semnificativ sarcina în curs de execuție.

Când mintea noastră călătorește pe alte tărâmuri, conștiința noastră despre fluxul spontan al gândirii noastre este mult mai scăzută și crește instantaneu când mintea se întoarce în prezent. Așa se explică de ce noi putem povesti unde a zburat mintea noastră, dar imaginile și descrierea nu sunt așa de vii ca atunci când povestim ce am văzut, simțit sau făcut în realitate. Gândurile autogenerate spontan sunt fundalul pe care se așază gândurile legate de stimuli externi.

Față de toate ce le-am spus mai sus, putem susține că mintea noastră are două moduri de funcționare: i) modul de repaus, când mintea rătăcește, percepția și atenția se decuplează și generează gânduri spontane, și ii) modul activ, prezent și treaz al minții, când percepția și atenția se recuplează la realitate.

În timp ce facem meditație sau exerciții de relaxare mintală și corporală (de exemplu, exerciții de respirație sau relaxare musculară), noi provocăm mintea să zboare în mod controlat, în sensul că oferim sistemului cognitiv sugestii după care să se desfășoare asociația de idei și alte mecanisme care stau la baza autogenerării gândurilor nelegate de stimuli. Este în fond un fel de „manipulare" subtilă a conștienței, încercând să intrăm în mod intenționat într-o stare de decuplare perceptuală care să genereze un material cognitiv și emoțional convenabil, conform tipului de meditație (de exemplu, yoga) sau de relaxare în care suntem cufundați.

Persoanele care sunt conștiente de fluxul gândurilor lor prezintă mai puține episoade de minte rătăcitoare, pentru că ele au capacitatea de a controla felul cum mintea generează fluxul gândirii și spre ce este dirijat. Când mintea călătorește și legătura cu atenția este mai laxă, mintea are timp să integreze informația curentă cu informația trecută, nelegată de percepția actuală. Când suntem atenți, noi luăm brusc în posesie mintea noastră într-o formă clară și gândurile generate sunt în majoritate legate de timpul actual.

Care este conținutul gândurilor atunci când mintea zboară? În majoritatea covârșitoare a cazurilor, conținutul gândirii spontane

este relevant pentru individ, reflectând probleme și sentimente proprii, dorințe, provocări, griji și speranțe, dezbateri interne, interacțiuni sociale imaginare, credințe recurente, modalități de depășire a greutăților și a obstacolelor, amintiri, visuri, fantezii și planuri de viitor. Pe scurt, gândurile minții călătoare includ frânturi de memorie autobiografică, viziuni despre viitor și estimări despre alții.

De ce este așa de importantă discuția despre mintea călătoare? În primul rând, în timpul cât mintea noastră se decuplează de realitate, ea își reface capacitățile energetice și funcționale, am putea spune că ea se odihnește, iar în al doilea rând, dacă am pierde capacitatea minții noastre de a călători în timp și în mintea altora, s-ar putea spune că am rămâne prizonieri într-un prezent permanent, într-o lume circumscrisă nouă înșine, incapabili de a înțelege ce a fost și ce va fi cu noi și cu ceilalți din jur, incapabili de a vorbi altceva decât despre noi mereu, la timpul prezent, și incapabili de a realiza sentimentul curgerii vieții.

Multe secole s-a crezut că mintea ne-a fost dată ca să ne gândim la ceva „folositor" și oamenii s-au chinuit să țină mintea atentă, mulți au fost admonestați când mintea le era în altă parte și, de cele mai multe ori, s-a crezut că toată problema ține de educație și de disciplină: un om educat, performant, va avea totdeauna mintea aici și acum! Astăzi neurocognitiviștii spun că mintea călătoare poate fi privită ca un fenomen esențial al cogniției umane și funcționarea ei este esențială pentru a avea posibilitatea să se odihnească. Modul de repaus este părăsit când atenția persoanei este solicitată în altă parte. Acest repaus este important pentru că, în acest mod, mintea devine pregătită să abordeze o activitate sau să continue performant o activitate pe care tocmai o părăsise pentru câteva momente.

Există și voci care au demonstrat creșterea creativității, a imaginației și a capacității prospective la persoanele care prezintă frecvente episoade de minte călătoare. Astfel, s-a arătat că mintea călătorește și când oamenii au de luat decizii importante. Se pare că deciziile din timpul minții călătoare se iau printr-un proces ce presupune mai multă imaginație și creativitate.

O trecere în revistă a beneficiilor minții călătoare arată că acest fenomen se însoțește de creșterea creativității și a imaginației, mintea călătoare având rolul de incubator de experimentare de idei și soluții noi, plasează experiențele individului într-un context semnificativ, și creează posibilitatea de pauză în activitatea mintală. Printre dezavantajele minții călătoare sunt: scăderea performanței sarcinii de executat, creșterea numărului de erori din timpul sarcinii curente și reducerea înțelegerii unui text citit.

Referitor la legătura dintre existența reală a individului și fenomenul minții călătoare s-a constatat că există un impact al grijilor vieții curente asupra conținutului gândurilor minții zburătoare. Astfel, acest continuum se corelează cu tulburările anxioase sau depresive ale subiectului. În boala Alzheimer, conținutul gândurilor minții călătoare este perturbat calitativ și cantitativ ca expresie a modificărilor structurale ale creierului care se petrec tocmai în zonele cerebrale responsabile de fenomenul minții călătoare.

S-a constatat că exercițiile de atenție, precum cititul cu voce tare, au îmbunătățit capacitatea de atenție și au redus distractibilitatea, lucru care a condus la scăderea gândurilor anxioase și a anticipărilor negative din timpul minții călătoare la cei cu tulburări anxioase și depresive. Efecte benefice s-au obținut și prin exercițiile de a fi atent și prezent clipă de clipă pe care le presupune tehnica *mindfulness* de care o să vorbesc mai departe în această carte. *Mindfulness* înseamnă o trăire conștientă, clară, necritică a lumii interne și externe. În special, această experiență asupra lumii interne conduce la observarea gândurilor, a emoțiilor, a senzațiilor corporale, a dorințelor, a amintirilor, a imaginilor, a atitudinilor personale. Prezența se referă la stabilitatea experienței care înseamnă gradul și durata în care subiectul este imersat în experiența de a fi atent, prezent în fiecare clipă. Pe măsură ce prezența crește, crește și sensul subiectului de a fi participantul la viața de zi cu zi.

A fi conștient la alternanța dintre a fi prezent în realitate și a fi „călător" pe aripile minții zburătoare înseamnă a fi capabil să gestionezi modurile de activitate și de repaus ale minții, a ști că fiecare din aceste ipostaze sunt foarte importante pentru a păstra o minte

sănătoasă, iar atenția este „maneta“ pe care o poți folosi pentru a trece de la un mod la altul, fără să te critici sau să te justifici atunci când nu îți reușește. Ce mai trebuie să știi? Că mintea nu se uzează dacă o folosești mai mult, doar obosește, și atunci punerea ei în modul „zburător“, de repaus, o odihnește. Dar nici prea multă odihnă nu face bine, pentru că, așa cum am amintit de atâtea ori, antrenamentul face ca orice organ efector din corpul tău să funcționeze bine sau altfel spus: „Funcția creează organul“.

2.4. EMOȚIILE ȘI CONTROLUL EMOȚIONAL

Ca și în cazul sănătății cognitive, sănătatea emoțională este esențială pentru o bătrânețe fericită. Sănătatea emoțională nu înseamnă numai absența tulburărilor emoționale precum bolile afective, depresia, anxietatea sau tulburarea bipolară, ci și prezența adaptării emoționale, abilitatea de a regla emoțiile și de a identifica și comunica emoțional. Cu toate acestea, se spune că este bine să punem rațiunea deasupra emoțiilor, sau mintea deasupra inimii.

Emoțiile ne fac să reacționăm într-un anume fel, ele ne fac să fim înclinați să alegem ceva anume sau să avem un comportament oarecare. Dar, de multe ori, emoțiile ne fac să avem gânduri, alegeri și comportamente pe care ulterior le considerăm neadecvate sau greșite și aceasta duce la ideea că trăim adesea sub tirania emoțiilor.

Ce este o emoție? Emoția este un răspuns spontan al organismului la o situație sau un eveniment, în general la un stimul care are relevanță pentru un individ. Acest răspuns presupune o secvență de reacții ale organismului într-o ordine anume: perceperea și atenția față de o situație sau un stimul, evaluarea acestora și apoi apariția răspunsului care constă în modificări corporale, cognitive și comportamentale congruente cu factorul declanșator. Această cascadă percepție/atenție-evaluare-răspuns se face în câteva zecimi de secundă și face ca oamenii să aibă de multe ori impresia că emoția a apărut ca din senin.

De ce sunt importante emoțiile? Ele sunt importante pentru că sunt semnale care ne arată că trebuie să dăm un răspuns, semnalizează un pericol sau o plăcere, orientează comportamentul de apărare și pregătește și organizează organismul pentru răspuns. Se spune că, dacă prin rațiune omul cunoaște adevărul, prin emoții el simte adevărul. Astfel, se poate deduce ușor că detecția „*adevărului*“ prin emoții se face mult mai repede decât prin rațiune și, din această cauză, emoțiile au un rol esențial în supraviețuirea individului, detectând aproape instantaneu un pericol de care trebuie să fugi sau pe care trebuie să-l învingi. Acest răspuns față de stimuli, „luptă sau fugi“, foarte caracteristic animalelor, s-a transformat la om în „evită sau acceptă“. Într-o situație amenințătoare omul are la dispoziție două răspunsuri, să caute să evite situația sau să accepte și să o înfrunte. A te confrunta cu un pericol înseamnă să-l înțelegi și apoi să găsești un mod rațional de a-l combate, neutraliza sau de a-i accepta consecințele. De exemplu, în cazul emoției de frică, răspunsul corporal este caracterizat prin creșterea frecvenței pulsului și a respirației, transpirații, tremurături, senzație de presiune toracică și tensiune musculară la care se adaugă o stare de vigilență crescută. Toate aceste semne corporale trădează creșterea tonusului sistemului nervos simpatic și a neuromediatorului său, adrenalina, ceea ce face ca organismul să fie capabil să înfrunte un pericol iminent.

După cum se știe și a experimentat fiecare dintre noi, emoțiile sunt de mai multe feluri. Cea mai răspândită clasificare împarte emoțiile în trei categorii:

i) **emoții de bază** – mânia, dezgustul, frica, fericirea, tristețea și surpriza, emoții care sunt spontane, nu cer conștiință de sine pentru a fi trăite, au o bază biologică, sunt înnăscute, universal răspândite, puțin influențate de factorii culturali, prezintă expresii faciale distincte și se găsesc și la mamiferele superioare;

ii) **emoții ale selfului** sau ale conștiinței de sine – rușinea, jena, vina, timiditatea, pe de-o parte, și mândria și invidia sau gelozia, pe de altă parte; sunt emoții legate de viziunea despre noi înșine și în relație cu ceilalți, nu sunt universale, sunt

influențate de factorii culturali și nu au expresii faciale universal identificabile;

iii) **emoțiile secundare** – dorul, dragostea, suferința, optimismul, extazul, simpatia, grija, afecțiunea, bucuria, veselia, iritarea, supărarea etc., care sunt rezultatul judecării și al interpretării conștiente sau inconștiente, pe termen mai lung, a emoțiilor din primele două categorii.

Prof. James Gross de la Stanford University din California, o mare autoritate în domeniu, spunea că *„una dintre cele mai mari provocări ale vieții noastre este capacitatea de a ne controla emoțiile*“ sau ceea ce se mai numește reglare emoțională. Reglarea emoțională implică schimbări într-unul sau mai multe aspecte ale emoțiilor, precum situația care generează emoția, atenția, evaluarea, experiența subiectivă, comportamentul sau modificările corporale concomitente cu emoția (de exemplu palpitațiile, respirația frecventă, senzația de lipsă de aer, transpirațiile etc.). Reglarea emoțională poate diminua, intensifica sau menține emoția, în funcție de capacitatea și scopul individului. În cele mai multe cazuri, rezultatul așteptat al reglării emoționale este descreșterea duratei și intensității emoțiilor negative.

Reglarea emoțională este un element important pe care se sprijină civilizația umană, pentru că societatea poate fi definită ca suma interacțiunilor sociale coordonate ale indivizilor care o compun, interacțiuni care o solicită să regleze modul în care emoțiile sale sunt trăite și exprimate.

Când noi ne gândim la emoții, trebuie să ne gândim la capacitatea noastră de a ne regla emoțiile, adică la procesele menite să dirijeze și să schimbe modul în care trăim emoțiile, cum le legăm de motivațiile și stările fiziologice consecutive, precum și la felul în care aceste emoții sunt exprimate comportamental.

Există credința că reglarea emoțională este parte a procesului mai larg de autoreglare individuală, proces prin care individul își menține homeostazia fizică și psihică, se autoactualizează, își construiește identitatea și dobândește sensul selfului. Ea este parte a mecanismului care generează comportamentul uman alături

de automonitorizare și judecarea acestuia în relație cu standardele personale și circumstanțiale exterioare. Această autoreglare individuală, din care face parte şi reglarea emoţională, mai poate fi considerată şi capacitatea noastră înnăscută de a ne controla stările, procesele și răspunsurile generate de ambianță. Se spune că oamenii sunt capabili să reziste impulsurilor lor, să-și adapteze comportamentul la o varietate largă de standarde, să-și schimbe comportamentul curent în vederea atingerii scopurilor lor.

Atât autoreglarea comportamentală, cât și cea emoțională se dezvoltă de-a lungul vieții începând din primele zile de viață. La început, copilul se bazează pe cei care îl îngrijesc pentru a-și regla emoțiile, iar ulterior el își internalizează cele învățate de la părinți și de la cei din jur și cele experimentate „pe propria piele" pentru ca să le șlefuiască și să le utilizeze în perioada matură. La această vârstă se realizează „înțelegerea emoțională", respectiv recunoașterea emoției după expresia facială, înțelegerea că factorii externi influențează emoțiile altora, înțelegerea faptului că rezultatul emoțional este influențat de dorința altora, respectiv cum doi indivizi pot avea emoții diferite față de aceeași situație pentru că au dorințe diferite, realizarea faptului că ceea ce crede un individ despre o situație influențează reacția emoțională, realizarea existenței discrepanțelor dintre ceea ce se exprimă emoțional în afară și ceea ce este în interiorul individului și, nu în ultimul rând, înțelegerea că o situație poate să provoace în mod simultan mai multe emoții, chiar emoții contrare. În plus, individul dobândește pe parcursul interacțiunilor sociale abilitatea de a denumi expresiile emoționale, identificarea situațiilor care solicită emoții, înțelegerea regulilor care guvernează înfățișarea și exprimarea emoțiilor și înțelegerea emoțiilor mixte.

Există credința că reglarea emoțională continuă să se dezvolte și chiar să se schimbe de-a lungul perioadei adulte. Creșterea experienței în ceea ce privește balanța cost-beneficiu a diferitelor forme de reglare a emoțiilor este o altă variabilă care se dezvoltă cu vârsta odată cu evoluția scopurilor individului cu vârsta, precum și cu cerințele sociale, individuale, sau conservarea sănătății sau a familiei. S-a constatat că abilitatea de reglare a emoțiilor se

îmbunătățește la oamenii în vârstă, ei focalizându-se mai puțin pe emoțiile negative, își amintesc mai greu emoțiile negative și, la fel, atunci când sunt întrebați, raportează mai puține emoții negative în urma unui eveniment. Profesorul Gross, de care aminteam mai înainte, spunea că oamenii bătrâni caută în mod spontan să selecteze scopuri realiste, să le optimizeze și să găsească sprijin pentru a compensa pierderile sau deficitele legate de vârstă. El sugerează că oamenii în vârstă caută să compenseze pierderea de resurse interne și externe prin selectarea și optimizarea de forme alternative de reglare emoțională și construiesc o listă de strategii emoționale pe care o prezentăm în Tabelul 6. Astfel, oamenii bătrâni prevăd mai bine emoțiile într-o situație anticipată și sunt mai atenți la emoțiile pozitive decât la cele negative.

Tabelul 6. Strategiile de reglare emoțională folosite de oamenii în vârstă

Strategia de reglare emoțională	**Situarea resurselor**	
1. Selectarea situației	Intern	Abilitatea de a prevedea emoțiile într-o situație dată
		Cunoașterea compromisurilor asociate cu abordarea/evitarea unei situații
	Extern	Relații cu oameni care încurajează implicarea în situații pozitive
		Mai puține roluri ce ar implica situații care să genereze emoții negative
2. Modificarea situației	Intern	Cunoașterea acelor aspecte ale situației care conduc cel mai ușor la modificarea emoțiilor
		Abilitatea de a face un plan pentru modificarea situației
	Extern	Accesul la oameni care pot ajuta la modificarea situației
		Abilitatea de a forța un deznodământ nedorit

Strategia de reglare emoţională	**Situarea resurselor**	
3. Deplasarea atenţiei	Intern	Abilitatea de a deosebi informaţiile pozitive de cele negative
		Abilitatea de a se concentra pe ce este important
	Extern	Acces la oameni care sunt pozitivi
		Acces la situaţii cu mai mulţi stimuli pozitivi decât negativi
4. Schimbarea cognitivă (reevaluarea)	Intern	Abilitatea de a vedea diferit o anume situaţie
		Memorie operaţională pentru a ţine o stare emoţională în minte
		Control cognitiv
	Extern	Acces la oameni care să ajute la generarea unor înţelesuri pozitive ale situaţiilor
5. Modularea răspunsului	Intern	Cunoaşterea impactului expresiei emoţionale asupra cuiva
		Abilitatea de a tolera discrepanţa dintre experienţa internă şi cea externă a emoţiei
		Abilitatea de a exercita un control voluntar asupra expresiei faciale şi comportamentale a emoţiei
	Extern	Utilizarea sau accesul la activităţi care influenţează răspunsul fiziologic (medicaţie, relaxare, exerciţii fizice)
		Accesul la oameni cu model potrivit de expresie emoţională

În cele ce urmează îți descriu câteva tehnici de reglare emoțională a căror construcție s-a bazat pe dovezi certe legate de eficacitatea lor. Le descriu într-o secvență de la simplu la complex.

2.4.1. Selectarea situației la care participi

Dacă accepți că există situații tipice care îți generează emoții negative, una dintre tehnicile de reglare emoțională ar fi reducerea contactului cu aceste situații până la evitarea lor completă. De fapt, tu nu poți să te sustragi de la participarea la evenimentele pe care viața ți le aduce în față după legi numai de ea știute, în schimb poți selecta acele situații în care riscul de a avea emoții negative este mai scăzut. Această selecție solicită o înțelegere a componentelor situației și a așteptărilor tale emoționale. Se poate întâmpla ca să interpretezi greșit sau să supraestimezi ceea ce s-ar întâmpla într-o situație și, astfel, să apară o discrepanță între ceea aștepți și ceea ce se petrece în realitate. Însă alegerile tale sunt legate de experiențele anterioare, de memoria ta emoțională, de așteptările preliminare și de balanța între voturile tale și beneficiile pe termen scurt și lung. Astfel, tu poți accepta să participi la un eveniment social stânjenitor, de exemplu, o înmormântare, dacă de aceasta ține păstrarea relațiilor sociale sau a altor beneficii. Cu alte ocazii, poți evita sub diferite pretexte participarea la unele evenimente sociale dacă nu există niciun beneficiu sau vreo presiune exterioară. Mai există și situația în care poți participa sau vei avea tendința de a scurta timpul de contact cu situația sau interacțiunea cu alții cât de mult posibil, diminuând astfel expunerea la stimulul emoțional.

2.4.2. Îndreptarea atenției spre stimulii dezirabili

În general, noi luăm o situație socială în mod global, adică o considerăm toată ca un stimul emoțional. De exemplu, trebuie să mă duc la un stomatolog, pentru că am o problemă dentară, problemă pe care o amân mereu, pentru că eu consider că procedurile stomatologice îmi produc anxietate și durere. Dar tot așa pot să privesc această situație „pe bucățele", adică să o divid în diferite componente față de care nu am tot atâtea emoții. Astfel, pot considera că

această vizită are și părțile ei bune, voi face o curățare și o albire a dinților și voi putea să râd cu „toată gura“ fără să-mi mai fie jenă de dinții mei galbeni. Sugestia mea este să te focalizezi pe porțiunile dezirabile, pozitive, ale unei situații pe care ai tendința spontană de a o evita. Când ești deja într-o astfel de situație, privește în jur și îndreaptă-ți atenția spre zone mai blânde și mai dezirabile ale situației. Nu le rata! O să ai mai puține emoții și o să te simți mult mai bine și mai stăpân pe tine.

2.4.3. „Prinde“ mintea și ține-o în clipa prezentă

Pentru a percepe și înțelege ceva, adică pentru a trăi ceva, trebuie să fii atent, „*să fii prezent*“ în clipa de față, adică să ai mintea „*trează*“. Toate aceste cuvinte aduc în discuție calitatea minții noastre de a fi undeva. Ea este totdeauna undeva, în trecut, în prezent sau în viitor, nu stă niciodată prea mult într-un loc decât dacă suntem atenți, dacă ne concentrăm, dacă ne focalizăm. Cu toate acestea, noi avem capacitatea de a duce mintea acolo unde vrem, chiar dacă numai pentru o perioadă, pentru ca mai apoi să scape din nou pentru a zbura sau a rătăci la întâmplare.

Atunci când suntem atenți la ceva, informațiile sunt aduse la creier de organele noastre de simț și de terminațiile nervoase răspândite în corp. Pe baza acestor informații, se formează o imagine subiectivă a evenimentului, ceea ce ne face să avem sentimentul că „trăim“ acest eveniment. Atunci când nu mai suntem atenți, când suntem „*absenți*“, mintea noastră zboară conform vieții ei interne la care nu avem acces, pentru că cea mai mare parte a ei este impenetrabilă introspecției, adică este „*inconștientă*“.

Cercetările neuroștiințifice au scos la iveală faptul că mintea zboară atunci când rețeaua neuronală este pusă în treapta de viteză „*staționare sau parcare*“, ca să folosim comparația cu un autoturism, situație în care motorul merge, dar vehiculul stă pe loc. În momentul când suntem atenți, am pus deja schimbătorul de viteză

într-o anumită treaptă, în funcție de agerimea cu care suntem atenți. Se poate spune că, în acea perioadă în care mintea rătăcește, tu ești pe *„pilot automat*“, iar atunci când ești atent, când mintea ta stă în prezent, tu conduci vehiculul care este ființa ta. Atât timp cât mintea este călătoare, ea își duce viața ei proprie, în care predomină dialogul interior, aprecierile și comparațiile, imaginații și dezbateri, judecăți și deliberări, prin care frânturi din trecut sunt luate și transportate în viitor și înapoi în trecut, toate conducând la înlocuirea realității cu o ficțiune. Această ficțiune este creată de abilitatea minții de a aduce la suprafață o mulțime de lucruri disparate, gânduri automate, frânturi de imagini, amintiri, probleme, experiențe trecute etc. pe care încearcă să le unească într-un înțeles. Mintea face aceasta pentru că ea este *„caleidoscopică*“; din aceleași frânturi de viață ea poate face mereu altă imagine, altă ficțiune în care să credem. Iluzia că ideile, opiniile, grijile, fricile care se cuibăresc în noi sunt adevărul despre lume reprezintă doar produsul minții noastre. Noi suntem scufundați într-o ficțiune personală care se luptă cu proiectul nostru de a trăi în viața reală.

În anul 1979, prof. Jon Kabat-Zin de la Universitatea de Medicină din Massachusetts, SUA, a formulat programul terapeutic de relaxare și reducere a stresului, care, prin metode împrumutate din meditația budistă și tehnici comportamentale, sunt luate împreună pentru a cultiva atenția față de momentul prezent și pentru a combate rătăcirea minții în griji, frustrări și anxietate. El spunea că *„oriunde ai merge sau ai fi, acolo și ești, și ce se întâmplă cu tine în fiecare clipă, se întâmplă cu tine și cu nimeni altul*“. Această metoda terapeutică a fost numită și *„mindfulness*“, cuvânt care înseamnă a fi atent și prezent la clipa de față, fără a o judeca cum este și de a o lăsa să curgă, rămânând detașat ca un observator. Prof. Marsha Linehan de la Universitatea Washington din Seattle, SUA, spunea că această metodă pune individul în armonie cu el însuși și cu lumea. Filozofia budistă consideră că suferința este inerentă existenței umane, pentru că mintea omului atașează fiecărei clipe care trece judecăți și interpretări ce denaturează esența lucrurilor și a adevărului. Pentru ca omul să se elibereze de suferință, el

trebuie să-și cultive o anume stare mintală care presupune să aibă o prezență activă în realitate, în fiecare moment al vieții, să participe atent și să accepte fiecare clipă ca atare, fără interpretare sau judecare și să se dezangajeze de atașamentele vechi care îl țin prizonier în preconcepții și evaluări preformate sau rutine rigide. Aceasta face ca individul să dobândească o seninătate a vieții, un sentiment de împlinire legat de prezența lui în fiecare clipă care vine. Se creează astfel o stare de vitalitate, claritate, de liniște și pace interioară care deschide drumul spre realizarea transformării și a dezvoltării personale. Individul dobândește o legătură intimă cu adevărata natură a lucrurilor și a lui însuși. El devine capabil să perceapă nu numai realitatea din jur, dar și sentimentele și gândurile lui, cu detașare, fără să le cântărească, fără să le interpreteze și fără să acționeze în consecință. Dacă va vedea un obiect, acela va fi doar acel obiect și nimic altceva; dacă va auzi un sunet, acela va fi doar sunetul respectiv și nimic altceva, dacă va avea un gând oarecare, acela va fi doar un gând și nimic altceva, dacă va avea o emoție, aceea va fi doar emoția aceea și nimic altceva. Un gând sau o emoție nu este un fapt! Eu sunt altceva decât gândul sau emoția! Un individ care dobândește această atitudine este totdeauna în prezent, sensibil la context, perspectivă și noi oportunități, detașat de gândurile, emoțiile și senzațiile corporale proprii. Nimic nu-l trage înapoi, nimic nu îl fixează în clipa care a trecut, el este senin și avid, moment cu moment, la curgerea vieții, spectatorul privilegiat al unei existențe pline de farmec și adevăr. În felul acesta, învățăm că este mai bine să lăsăm experiența să se petreacă decât să încercăm să o evităm, să o suprimăm sau să o schimbăm.

O să mă întrebi de ce ai nevoie de toate acestea? Și eu o să-ți răspund că, atunci când ai emoții negative, frustrări, îngrijorări, dubii, tristețe, singurătate, frică, aceasta este metoda cea mai eficientă de a le combate și a te întoarce în prezent, care nu este nici bun, nici rău, ci doar „prezent“ și doar judecățile noastre îl fac așa.

Metoda terapeutică *mindfulness* presupune cultivarea mai multor deprinderi sau componente pe care te rog să le păstrezi mereu în minte așa cum le prezint mai jos:

i) să fii atent și să observi informațiile din jurul tău;
ii) să nu le judeci;
iii) să le accepți așa cum sunt;
iv) să renunți la orice interpretare sau etichetare a acestora;
v) să te concentrezi numai la un lucru o dată;
vi) să participi în totalitate la curgerea clipei de față fără prejudecăți.

Prin aceste deprinderi tu poți să prinzi mintea rătăcitoare, anxioasă, îngrijorată, anticipativă, critică și neiertătoare și să o aduci în prezent, adică să treci de pe pilot automat la manșa care conduce persoana ta. Tehnica de a fi atent și prezent în momentul de față, de a accepta necritic acest moment, provoacă acea schimbare care conduce la modificarea modului de percepere, descriere și interpretare a gândurilor, a emoțiilor și a credințelor anxioase, amenințătoare, îmbunătățește percepția de sine și previne gândurile automate și ruminative legate de incertitudine și pericol viitor. Ținând mintea în prezent, doar observând, descriind și nejudecând o să te desprinzi de interpretările vechi, de judecățile constrângătoare și o să accepți că un gând sau o emoție nu sunt fapte, nu sunt evidențe pe baza cărora se pot face predicții și alte considerații.

Mai jos îți prezint recomandările standard făcute de prof. Marsha Linehan care sunt sub forma unei secvențe de tipul „*observă clipa de față – descrie-o – participă la ea – nu o judeca – și fă numai un lucru o dată*“.

1. Observă:

– ia notă de ce trăiești, nimic mai mult;
– trăiește clipă după clipă și lasă-le să vină una după alta;
– nu fă interpretări și judecăți așa cum vrea mintea să le lipească experiențelor tale, lasă-le să curgă, chiar dacă sunt penibile sau dureroase,
– controlează-ți atenția; dacă vezi că atenția pleacă, nu te critica, adu-ți atenția din nou pe clipa de față, fii calm, ai răbdare și observă doar;
– a fi atent înseamnă însăși procesul de a aduce atenția pe clipa pe care o trăiești aici ori de câte ori ea se duce altundeva;

- observă că fiecare emoție este ca un val care crește și scade pentru a face loc altuia;
- observă toate acestea prin fiecare dintre simțurile tale.

2. Descrie:

- pune experiența ta în cuvinte;
- descrie-le în gând cu cuvintele tale fără să le alegi, lasă-le așa cum vin;
- recunoaște emoțiile tale, descrie-le și dă-le doar un nume;
- urmărește emoția cum vine și pleacă prin corpul tău;
- nu amesteca emoțiile cu gândurile însoțitoare pentru că gândurile judecă;
- o emoție e doar o emoție, un gând este doar un gând, nu le suprapune;
- emoția și gândul nu sunt fapte, faptele sunt fapte și emoțiile și gândurile sunt doar ceea ce fabrică mintea; tu nu ești nici emoția și nici gândul, ești doar tu!

3. Participă:

- participă la experiența prezentă;
- lasă-te implicat în acel moment și nu cântări sau dezbate;
- acționează intuitiv, dintr-odată;
- fă numai ce este nevoie;
- nu te precipita, lasă să curgă participarea ta moment de moment;
- nu fă nimic în plus, trăiește momentul acela și nu anticipa binele sau răul.

4. Nu judeca:

- percepe experiența și nu cântări;
- percepe-o cu simțurile tale și nu cu ale altuia;
- nu te gândi cum și ce ar face altcineva;
- ia numai faptele și lasă opiniile personale afară;
- centrează-te pe ce se întâmplă, pe fapte și nu atașa nicio eticheta, epitet sau atribut;
- acceptă fiecare moment așa cum este, fiecare moment nu este nici bun, nici rău;
- dar, dacă totuși te surprinzi judecând, nu te critica pentru asta;

– revino la poziția anterioară, de observator, narator și actor, nu de judecător.

5. Fă numai un lucru odată:

– fii atent numai la un lucru o dată, dacă vorbești, doar vorbește, dacă asculți, doar ascultă, dacă privești, doar privește, nu pune nimic în plus din mintea ta;
– într-o conversație sau într-un grup, fii atent în fiecare moment la persoana cu care ești și nu te gândi la altceva sau la altcineva;
– fii atent la vorbe și nu da alt înțeles acestora;
– când constați că faci două lucruri odată, oprește-te și mergi înapoi la lucrul pe care-l făceai înainte.

Practicarea tehnicii *mindfulness* în fiecare zi este o metodă care te învață cum să lași să treacă emoțiile, frustrările, durerile și mânia, anxietatea și grijile, stresul și rănile. Este bine să practici tehnica *mindfulness* în toate împrejurările vieții. Astfel, ea te va ajuta să observi fără să judeci fiecare stimul intern și extern pe măsură ce apare, să discerni fiecare emoție sau gând ce apare în câmpul conștiinței și să-l accepți și să-l lași să treacă, să tolerezi necritic contactul cu evenimentele exterioare așa cum curg și să renunți la interpretarea, evaluarea și judecarea gândurilor și a emoțiilor proprii ca reacție la aceste evenimente, doar acceptându-le și lăsându-le să treacă.

2.4.4. Tolerează realitatea așa cum este

Mulți oameni mă întreabă cum de avem nevoie să punem rațiunea deasupra emoțiilor când emoțiile ne par atât de credibile? Nu ne luăm după emoții în cele mai multe din cazuri! Răspunsul meu este că emoțiile ni se par credibile pentru că informația, stimulul, ajunge mai repede la etajele cerebrale localizate inferior, acolo unde se naște emoția, pe când gândurile se nasc în etajele superioare ale creierului, în lobii prefrontali, și stimulul trebuie să parcurgă mai multe etaje cerebrale.

Emoțiile se formează în centrii de la baza creierului, în creierul *„vechi“* numit și *„reptilian“*, pentru că împărtășește cam aceeași structură și rol cu creierul animalelor inferioare de pe scara evoluției, loc în care vin informațiile de la corp și se construiesc imaginile dinamice ale hărții corpului nostru. Prin corp și, implicit, prin organele de simț, noi luăm contact cu lumea exterioară. În acest loc se formează ceea ce numim mintea emoțională. De aici informațiile merg prin rețeaua neuronală la formațiunile superioare, precum scoarța cerebrală, formațiuni care reprezintă creierul *„nou“* pe scara evoluției, numit și *„mamalian“*, pentru că are în mare aceeași structură cu creierul mamiferelor superioare, în special cu cel al maimuțelor. Aici emoțiile capătă o expresie lingvistică, simbolică, devenind astfel capabile să fie numite, judecate, analizate, comparate și parte a gramaticii minții noastre raționale. Dar de ce oare ceea ce se naște în mintea inferioară, emoțională, pare mai veridic? Pentru că ceea ce se naște aici este *„organic“*, este *„simțit“*, deci *„obiectiv“*, pentru că este direct legat de biologia individului, de corpul și funcționarea lui. Ce se naște în mintea rațională este legat doar de cuvinte și legăturile dintre ele, adevărul fiind doar *„trăit subiectiv“*. Adevărul născut din biologia corpului pare categoric mult mai veridic decât cel născut din cuvinte, pentru că biologia generează doar două răspunsuri, da și nu, pe când rațiunea generează dubiul.

Cu ajutorul minții emoționale noi simțim adevărul, îl intuim, pe când cu ajutorul minții raționale noi aflăm adevărul; adevărul emoțional este în inima noastră, pe când adevărul rațional este în capul nostru! Adevărul emoțional ne face să reacționăm instantaneu, pe când adevărul rațional determina decizii, soluții și nu o reacție. Astfel, uneori avem regrete despre cum am reacționat într-o situație, pentru că răspunsul nostru a fost unul emoțional. De fapt, strădania omului de a pune rațiunea deasupra inimii este o *„încercare și un eșec perpetuu“*, pentru că cele două *„adevăruri“* au origini, temporalitate și structură diferite.

În secțiunea anterioară, am descris felul cum aceste emoții pot fi abătute din câmpul conștiinței prin tehnicile *mindfulness*, când

individul este atent moment de moment la realitate și, astfel, nu are timpul necesar de a atașa judecăți situației sociale în care se află. Observând și descriind fiecare clipă, el este transportat mereu în realitatea goală, așa cum este, și nu în cea interpretată și modificată de o minte care oscilează între grijile din trecut și cele din viitor.

Acum voi descrie o altă metodă prin care înveți să tolerezi realitatea situațiilor în care te duce viața. Învățând să tolerezi realitatea, pe care de multe ori poți să o consideri amenințătoare sau frustrantă, o să înveți să tolerezi emoțiile pe care le ai. Această metodă reprezintă o prelungire naturală a metodelor *mindfulness*, pentru că a tolera va însemna de acum încolo pentru tine să accepți situația în care ești, fără să judeci și să faci predicții.

– A tolera situaţia înseamnă a intra și percepe situaţia în care ești fără a-i atașa acesteia vreo cerință prealabilă, fără să încerci să o schimbi.
– Lasă-ți emoțiile și gândurile să curgă fără să te lupți cu ele, fără să le oprești sau să le controlezi.
– Aceasta nu înseamnă și să le aprobi; tolerarea sau acceptarea realității nu este deloc echivalentă cu aprobarea ei.
– Învățând să tolerezi realitatea situaţiei sociale și a emoţiilor tale, înveți să fii liber și să lași să curgă lucrurile pe lângă tine fără să te afecteze ca înainte.
– A tolera înseamnă în mod simplu să spui DA situației și emoțiilor pe care le ai și să le lași să treacă fără a le judeca sau fără a încerca să le controlezi sau să le schimbi atunci când apar.
– Când lași situația să curgă așa cum vrea ea, faci ca timpul de contact dintre tine și situație să se micșoreze și, astfel ,emoțiile sunt mai puţin intense.
– Aceasta nu înseamnă să nu răspunzi la situație, fă tot ce se cere, fii eficient, fii atent la ce faci și mergi odată cu situația, fie bună sau rea, prietenoasă sau ostilă.
– Uneori, simţi nevoia să acţionezi rapid, chiar impulsiv, de exemplu să pleci sau să te întorci din drum, să te ascunzi, să găsești scuze etc. Tolerarea situației și a emoțiilor te face să fii relaxat, să oprești acest tip de impulsuri și să aduci o liniște în

sufletul tău spunându-ți: „*Iau lucrurile așa cum sunt... așa trebuie să fie... merg mai departe... fac doar ce trebuie... o să trec cu bine prin asta... emoțiile și gândurile sunt doar emoții și gânduri, ele nu sunt fapte, ele nu sunt eu...*“.

În afară de adoptarea acestei „*atitudini filozofice*“ de care am vorbit mai sus, îți recomand două dintre cele mai eficiente metode de acceptare și tolerare a realității care sunt exercițiile de respirație și relaxarea musculară. Aceste metode reduc reactivitatea sistemului nervos vegetativ și endocrin, reduc inundarea sistemului circulator cu adrenalină, cu riscul de accident vascular cerebral și cardiac, și conduc la o stare de calm, de relaxare. Îți recomand practicarea cu tenacitate a acestor metode în viața de zi cu zi. Numai așa vei avea prilejul să constați eficiența lor, progresul obținut și încrederea că ele pot face parte din bagajul tău de abilități prin care îți controlezi vulnerabilitățile.

2.4.4.1. Tehnica de tolerare a realității cu ajutorul exercițiilor de respirație

1. Adoptă o poziție care să fie relaxantă pentru tine, de exemplu pe un fotoliu sau canapea, ține-ți picioarele sprijinite pe podea și fii atent la respirația ta. Pune o mână pe abdomen, în zona ombilicului, și urmărește cum mâna se mișcă odată cu respirația, pentru că abdomenul își mărește circumferința în timpul inspirației și se micșorează în timpul expirației.
2. Respiră rar, calm, și respirația ta a ajuns la frecvența de repaus, în jur de 10-12 respirații pe minut.
3. Reflectează la atitudinea de a fi atent în prezent; amintește-ți că trebuie să fii lipsit de critică, să ai răbdare, să accepți și să fii permisiv și fără judecăți.
4. Îndreaptă-ți atenția spre corp și simte podeaua pe care o atingi cu picioarele; mâinile să fie sprijinite de coapsele tale; lasă corpul moale și relaxează-ți toți mușchii.
5. Rămâi în această poziție relaxată, apoi du mâna pe abdomen, în dreptul ombilicului, și urmărește mișcările respiratorii. Apoi închide ochii și urmărește cu mintea toate aceste mișcări. Lasă

respirația să curgă firesc, nu încerca să o controlezi în niciun fel, ceea ce trebuie să realizezi este doar să fii atent la respirația ta, la fiecare inspirație și expirație, să înregistrezi cât de lungă, cât de adâncă este fiecare și, astfel, îți stabilizezi atenția asupra respirației. În felul acesta, atenția este în prezent, clipă de clipă.

6. Când atenția îți rătăcește pe altundeva, nu fi frustrat, ia notă de aceasta și de locul în care a fost și, cu blândețe și răbdare, adu atenția la loc, focusată pe respirația ta; însăși exercițiul acesta de a constata că mintea ta zboară și că apoi o aduci unde vrei tu este unul benefic.
7. După ce te-ai relaxat și ai prins cu mintea mișcările corpului din timpul respirației, spune cuvântul „relaxează-*te*" în timpul expirației, iar la următoarea inspirație spune numărul „unu". La următoare inspirație spune „doi" și în timpul expirației care urmează spune „relaxează-*te*". Urmează apoi „trei", „patru" și așa mai departe. Când ajungi la „zece", ia-o de la început spunând numărul „unu". În felul acesta ești atent la respirație și te decuplezi de emoțiile și gândurile tale anxioase. Nu uita ca în timpul fiecărei expirații să spui în gând cuvântul „relaxează-te";
8. Repetă exercițiul acesta ori de câte ori ai ocazia și încearcă să-l automatizezi. Fii atent la respirație și nu-ți lăsa mintea să zboare în alte locuri; cheamă mintea înapoi ori de câte ori vezi că ea este în altă parte și nu te simți frustrat din cauza aceasta.
9. Lasă aerul să intre și să iasă din plămâni în mod natural, fără efort, nu te contracta, inspiră și expiră rar, de preferință pe nas.
10. În timp ce inspiri și expiri, caută să fii atent la procesul respirației, gândește-te cum intră aerul în plămâni și ce se întâmplă cu el în plămâni, cum eliberează oxigenul în sânge și cum expirația preia dioxidul de carbon ce a rezultat din arderile din corp, și cum acest proces este esența vieții; urmărește în gând cum abdomenul se mișcă conform acestui ciclu, mărindu-se la inspirație și micșorându-se la expirație, urmând mișcările mușchiului diafragmatic; ține palma pe el și, astfel, îi simți mai bine mișcările în timpul respirației; astfel ești mai atent la acest proces; după fiecare dată când expiri, spune cuvântul „relaxează-te".

11. Fă acest de exercițiu 4-5 minute în fiecare zi, de mai multe ori, câteva săptămâni, până când se automatizează. O să observi că, de fiecare dată când îl faci, te liniștești și obții o senzație de calm cu condiția de a-ți menține mintea în prezent cu fiecare respirație, urmărind drumul aerului în ciclul respirator.
12. Când ești suficient de stăpân pe acest exercițiu poți să-l faci oricând, cu scopul de a întrerupe o emoție care te cuprinde. Îl poți face întrerupând pentru câteva secunde orice fel de activitate și în orice postură corporală te-ai afla. O să constați că sunt suficiente 8-10 cicluri respiratorii sau chiar mai puține ca să te simți relaxat și calm, stăpânul minții tale „nărăvașe".
13. Dacă ești în timpul unui atac emoțional, începe un astfel de ciclu de atenție pe respirație și numără în gând inspirațiile, spune la fiecare expirație cuvântul „relaxează-te" până când te liniștești. Monitorizează fiecare ciclu respirator. Ai să vezi că emoțiile încep să dispară cam după câteva cicluri respiratorii, cu condiția să fii atent la fiecare respirație.
14. Apoi continuă ceea ce făceai, neuitând de noile tale abilități de a tolera realitatea, necazurile și cursul vieții, clipă de clipă.
15. Reamintește-ți că scopul acestui exercițiu de atenție pe respirație este să fii relaxat, calm și să-ți disciplinezi mintea, să deturnezi atenția minții de la emoții și de la rătăcirea ei pe poziția „pilot automat".
16. Exersează în fiecare zi și, când crezi că ești gata, fă acest exercițiu imediat când o emoție negativă te cuprinde; oriunde ai fi, pe stradă, la volan, acasă sau în alte locuri publice sau private, de fiecare dată când emoțiile te cuprind și ești gata să te lași pradă lor, execută câteva mișcări de respirație, îndreaptă-ți atenția asupra lor, urmărește cu gândul fiecare ciclu respirator și spune cuvântul „relaxează-te" la fiecare expirație; o să vezi că tolerezi mai bine emoțiile și găsești calmul și relaxarea de a merge senin mai departe.

După câteva luni de practică, ai să constați că, atunci când ești tracasat, nervos, frustrat, mânios, într-un cuvânt când ești „emoțional", este suficient să spui în gând cuvântul „relaxează-te"

că imediat mintea ta urmează această cale pe care ai bătătorit-o în atâta timp de exercițiu.

2.4.4.2. Tehnica de tolerare a realității cu ajutorul relaxării musculare progresive

În mod normal mușchii organismului sunt relaxați și ei sunt activați conștient atunci când individul trebuie să facă mișcări, sau inconștient, când se declanșează reacții emoționale care pregătesc individul să facă față unor pericole. Astfel, stările emoționale sunt trăite fizic și se exprimă cel mai des printr-o tensiune în mușchii feței, ai brațelor și ai picioarelor. Contracția mușchilor feței duce la apariția de fizionomii specifice emoțiilor care le-au generat.

La opusul tensiunii este relaxarea. Ea înseamnă eliberare, destindere, slăbire, încetinire, repaus, recreere, ușurare, întrerupere. De cele mai multe ori, relaxarea nu este o stare în care ajungem în mod spontan, ci se obține în mod voit, cu o anumită tehnică de eliberare a tensiunii, tehnică pe care fiecare dintre noi o are, mai mult sau mai puțin, în funcție de experiența și particularitățile proprii. Dar relaxarea corporală conduce și la detensionarea sau eliberarea încordării interne, musculare și viscerale, și astfel la relaxarea întregului corp. Studii experimentale au demonstrat că însăși schimbări minore ale stării fiziologice corporale generează diferite sentimente, iar starea de tensiune, cu modificările pe care le-am descris mai sus, generează tristețe, deziluzie, scepticism, pesimism, anxietate, ostilitate, mânie, furie, lipsă de încredere sau însingurare. După cum știm cu toți din viața de toate zilele, starea de tensiune musculară este comună stărilor de stres. Ceea ce se întâmplă în corp se repercutează asupra minții noastre și se poate spune că, obținând o relaxare corporală putem obține și o relaxare mintală, emoțională. Pe aceste considerente s-a construit metoda de relaxare progresivă musculară pe care o voi descrie în continuare, metodă care are beneficiul de a te desprinde de stimulii emoționali prezenți și, astfel, va duce la tolerarea realității atunci când ea este constrângătoare sau amenințătoare. Prin această metodă, vei descoperi diferența dintre a fi tensionat și a fi relaxat, iar această descoperire este crucială pentru modul cum vei dobândi relaxarea.

–1 RÂND

Îți recomand să faci zilnic exercițiul de mai jos, astfel încât să-l automatizezi și apoi să-l poți utiliza atunci când ai nevoie să te detașezi de situația emoţională și/sau să o tolerezi.

1. Într-o cameră liniștită, ferită de zgomot, stai jos pe un scaun, fotoliu sau canapea cât mai confortabil și sprijină-ți umerii pe spătarul scaunului sau al fotoliului, picioarele pe podea, iar antebrațele și mâinile ține-le în poală, sprijinite pe pulpe; poți să adopți și poziția culcat, de preferință pe un covor moale, pe podea.
2. Poartă haine care să nu te strângă sau să-ți provoace alte senzații care astfel să-ți distragă atenția de la exercițiu.
3. Încearcă să adopți o atitudine naturală, neutră, nu încerca să te forțezi, să te relaxezi, lasă totul să curgă și nu aștepta vreun rezultat anume;
4. Îndreaptă-ți atenția asupra corpului tău și vezi ce senzații vin dinspre el, nu trebuie să te aștepți la ceva anume și caută să respiri așa cum ai învățat la exercițiile de atenție la respirație.
5. Spune cuvântul „încordează“ și contractă-ți un mușchi, în ordinea din tabelul de mai jos (vezi Tabelul 7), apoi menține această contracție pentru 5-7 secunde, timp în care ești atent la ce simți în mușchiul pe care l-ai contractat și în corp în general.
6. Nu contracta mușchii în mod excesiv, astfel încât să-ți provoace durere sau crampe musculare (cârcei); îți recomand să utilizezi un nivel de contracție musculară de 60-70% din cea maximă pe care o poți face.
7. Când dai drumul la această contracție musculară, spune cuvântul „relaxează-*t*e“ și ține această relaxare în jur de 20 secunde, timp în care ești atent la ceea ce simți în corp și, astfel, înțelegi diferența dintre senzația de contractare și de relaxare; dă drumul la tensiunea musculară instantaneu, la comanda ta, și nu treptat; în aceste 20 secunde, respiră lent așa cum ai învățat și, astfel, integrezi cele două tehnici pe care le recomand.
8. După ce ai contractat un mușchi și, astfel, poziția unui segment al mâinilor sau al picioarelor tale și-a schimbat poziția, adu

segmentul respectiv în poziția de repaus de mai înainte, când contracția s-a terminat.

9. Îndreaptă-ți apoi atenția către următorul grup de mușchi, spune „încordează“ și ține contracția pentru 5-7 secunde, urmată de „relaxează-*te*“ pentru 20 de secunde.
10. Continuă tot așa întregul exercițiu de relaxare musculară progresivă pe grupe de mușchi, mergând de sus în jos, de la cap, gât, membrele superioare, torace, abdomen și terminând cu membrele inferioare, după schema care este prezentată în tabel. Mușchii simetrici, cei care se găsesc atât în stânga, cât și în dreapta corpului nu se încordează deodată, ci pe rând.
11. Respectă ordinea aceasta cu fiecare exercițiu și nu omite vreo grupă musculară; la fel, respectă timpul alocat contracției (5-7 secunde) și relaxării (20 de secunde).
12. Se poate întâmplă să nu poți de la început să-ți contractezi adecvat o grupă musculară, dar, prin exercițiu zilnic, vei reuși să ai controlul total al fiecărui mușchi pe care vrei să-l contractezi.
13. Nu uita să ții atenția focalizată pe senzațiile pe care le ai în timpul contracției și al relaxării.
14. După câteva săptămâni de exerciții zilnice, poți considera încheiată practica acestei metode de relaxare musculară progresivă și vei constata cât de bine simți diferența dintre ceea ce înseamnă tensiune și ceea ce înseamnă relaxare și vei putea chema cu mintea starea de relaxare doar spunând cuvântul „relaxează-te“.
15. După ce ai stăpânit metoda aceasta, poți să faci exerciții de contractare și relaxare și în condiții în care se execută o altă activitate, doar repetând în gând comenzile „contractă“ și „relaxează“ și încordând un grup de mușchi care este disponibil. În felul acesta, îți îndrepți atenția către corp și stăpânești călătoria minții spre alte zone de unde vin emoțiile.
16. Atunci când ai automatizat metoda și aceste cuvinte au început să însemne comenzi pentru mintea ta, dacă ești sub un stimul emoțional sau o situație care îți generează emoții nedorite, poți spune în gând cuvântul „relaxează-te“ și îți aduci calmul necesar să continui și să tolerezi emoțiile.

Trebuie să fii convins că de aceste emoții nu te va putea scăpa nimeni decât tu, tolerându-le, desprinzându-te prin aceste metode și, în final, ignorându-le. Ai să vezi că atunci ele vor pleca de la tine. Pe baza procesului de neuroplasticitate, în mintea ta se vor forma alte conexiuni și vei deveni mai capabil să le înfrunți.

Tabelul 7. Ordinea grupelor musculare utilizate în exercițiul de relaxare musculară progresivă.

Muşchiul de contractat	**Comenzi pentru a încorda muşchiul respectiv**
Muşchii frunţii	Încreţeşte fruntea ridicând din sprân-cene
Muşchii pleoapelor	Închide ochii cu putere
Muşchii din jurul gurii	Întinde colţurile gurii ca într-o gri-masă
Muşchii gâtului	Roteşte capul mult spre dreapta
	Roteşte capul mult spre stânga
	Înclină capul mult spre dreapta
	Înclina capul mult spre stânga
	Dă capul mult spre spate
	Apleacă-ţi capul mult în faţă
Muşchii umerilor	Trage umerii mult în spate
	Strânge umerii mult în faţă
	Ridică umerii mult în sus
	Ridică braţul la nivelul umerilor şi menţine poziţia
	Ridică şi roteşte braţul spre înainte
	Ridică şi roteşte braţul spre înapoi
Muşchii braţelor (pe rând, stânga şi dreapta)	Îndoaie antebraţul pe braţ ca şi cum ai ridica o greutate
	Întinde antebraţul din articulaţia braţului mult spre spate

Muşchiul de contractat	**Comenzi pentru a încorda mușchiul respectiv**
Muşchii antebraţelor (pe rând, stânga şi dreapta)	Îndoaie mâna mult în sus
	Îndoaie mâna mult în jos
Muşchii pumnului (pe rând stânga şi dreapta)	Strânge pumnul tare, ca şi cum ai vrea să striveşti ceva
Muşchii abdominali	Încordează muşchii abdominali anteriori, ca şi cum te-ai screme
Muşchii feselor	Încordează fesele
Muşchii coapselor (pe rând, stânga şi dreapta)	Încordează muşchii coapsei, ca şi cum ai lovi o minge cu piciorul
Muşchii gambelor (pe rând, stânga şi dreapta)	Mişcă laba piciorului în sus, ca şi cum ai sta pe călcâie
	Mişcă laba piciorului în jos, ca şi cum ai sta pe vârfuri
Muşchii degetelor de la picioare (pe rând, stânga şi dreapta)	Strânge mult degetele de la picioare

Toate cele ce ți-am spus mai înainte pot fi strânse laolaltă în viața zilnică ca un program de filozofie a vieţii, ca un program de *meditație mindfulness*. Acum o să-ți arăt cum ar fi o zi din viață conform meditaţiei *mindfulness*:

1. Dimineața, când te trezeşti, oferă-ţi câteva clipe și respiră lent și rar și începe să-ți concentrezi atenția pe drumul aerului în corpul tău, în inspirație și expirație; fii atent apoi la ce simți în corpul tău, la ce auzi sau vezi în jur, fără să cauți ceva anume, percepe doar ce este, nu judeca, nu eticheta, fii atent la toate acestea și unește respirația cu celelalte lucruri pe care le percepi din tine și din jur, într-un tot de liniște și calm; zâmbește și stai așa câteva minute;
2. Ridică-te din pat și fi atent cum tălpile picioarelor tale au luat contact cu podeaua, simte diferența dintre poziția culcat și cea verticală, care mușchi se încordează, cum este echilibrul, fă primii pași și fii atent la ce simți, respiră lent, îndreaptă-ți atenția către respirație și senzațiile care izvorăsc din corpul

tău, lasă să se petreacă ce se petrece, nu judeca, nu eticheta, menține zâmbetul și lumina pe față;

3. Prepară-ți micul dejun cu ritualul tău de fiecare zi, uită-te cu atenție la lucrurile pe care le atingi, observă-le culoarea, consistența, temperatura, pune-le în fața ta pe masă și privește fără să judeci, apoi, când mănânci, observă fiecare lucru ce-l duci la gură, cum arată, fii atent la cum salivezi, testează gustul fiecărui lucru pe care-l mănânci, vezi cum se răspândește în gură, cum îl mesteci și cum îl înghiți și nu fă judecăți; mănâncă încet și liniștit, respiră de 2 –3 ori înainte de a introduce altă bucată de mâncare în gură și conștientizează respirația;
4. Uită-te pe geam ca să vezi ce vreme este afară și alege hainele potrivite, nu judeca, nu te frustra, nu fi supărat de cum e vremea, deschide fereastra și bucură-te de aerul care intră în casă, respiră de câteva ori adânc și zâmbește; trăiești ca să te bucuri și să cunoști, nu există nimic care să-ți strice această zi, dacă plouă, plouă, ia notă de aceasta și încearcă să vezi picăturile de ploaie cum cad pe pământ și dispar; dacă e soare, e soare, dacă e cald, e cald; acceptă și nu judeca sau eticheta;
5. Te duci unde ai treabă, pe jos, cu autobuzul sau tramvaiul, te duci cu mașina ta... fii atent la tot ce faci. De exemplu, când bagi cheia de contact la mașina ta și pornești motorul, ia notă de cum arată cheia de contact, unde trebuie să o inserezi, cât de tare trebuie să o învârți ca să pornească motorul, concentrează-ți atenția la fiecare gest și fii cu fiecare acțiune acolo, fără să judeci sau să etichetezi; ascultă zgomotul motorului, nu porni imediat, motorul respiră și el ca și tine, stai și participă la clipa de față și nu te precipita;
6. Când conduci sau mergi cu un vehicul de transport în comun, observă ce e în jur și descrie-ți culorile, sunetele, mirosurile și nu judeca, nu fi critic, alungă orice alt gând și unește respirația ta cu lumea din jur, moment cu moment; rămâi cu zâmbetul pe față și fii permisiv la tot ce se petrece ca și cum așa ar trebui să fie; relaxează-ți corpul, mușchii gâtului și ai umerilor, privește

lucrurile așa cum se arată ele ochilor și nu căuta să privești ceva anume;

7. La serviciu, fii senin, stai la biroul tău, respiră rar și fii atent la respirația ta ori de câte ori îți aduci aminte; stai atent la respirația ta 2-3 minute de fiecare dată; dacă auzi vocile colegilor, discuții, înregistrează doar sunetul lor, nu și cuvintele, nu căuta să afli ce se petrece; dacă aceasta te incomodează, concentrează-ți atenția pe corp, simte scaunul pe care stai, podeaua pe care se sprijină picioarele tale, observă și descrie lucrurile de pe birou, nu pune niciun alt gând pe ele, nicio judecată, zâmbește, observă, descrie fără să judeci, participă la clipa de față acolo unde ești și bucură-te de ce ești tu; nu-ți fă planuri sau anticipări, curăță-te de resentimente și amintiri negative, stai în prezent; mintea ta va fi acolo unde ești tu cu adevărat și nu invers;
8. Permite-ți de mai multe ori pe zi să faci exerciții de atenție pe respirația ta, pe corpul tău, pe ce mănânci și decuplează-te astfel de stres, îngrijorări, tensiune, anxietăți, evaluări și anticipări negative;
9. Când mergi, admite că mergi, nu mergi ca să gândești, fii atent în jur și vezi și auzi ce este și nu ce ai vrea să fie, acceptă clipa prezentă și lasă să apară în tine gânduri și sentimente despre ce observi, fără să interpretezi, să etichetezi sau să judeci, doar descriindu-ți în cuvinte și imagini, dialogând cu realitatea despre realitate; fii atent la fiecare pas, notează cum se încordează mușchii fiecărui picior, cum este balansul corpului tău, cum atinge fiecare picior pavajul sau pardoseala, cât de minunat este să pășești și, astfel, să te deplasezi;
10. Ca o regulă generală, folosește-ți simțurile, fiecare din ele separat, pentru a rămâne atent, folosește văzul ca să notezi ce vezi, sunetul ca să înregistrezi ce auzi, pipăitul ca să afli ce sunt lucrurile pe care le atingi, gustul ca să simți ceea ce atingi cu limba, și nu interpreta, doar descrie-ți în cuvinte și imagini și ia fiecare lucru așa cum este; ca să poți fi atent, focusează-te asupra propriei respirații, fii cu fiecare inspirație

și expirație aici și acum, ca mai apoi să-ți aduci și simțurile și să le alipești;

11. În toate momentele vieții tale de zi cu zi intră senin, pentru că tu ești tu și ele sunt ele; observă, ia-le ca atare, nu eticheta, lasă să apară sentimente și gânduri, observă-le și descrie-le, acceptă-le și caută să rămâi egal cu tine însuți, un observator al vieții tale și nu un interpret al vieții tale. Asta te va ține departe de stres, de confruntare, de mânie, de anxietate și mai ales de problemele tale cu atacurile de panică.

Profesoara Becca Ley de la Universitatea Yale din SUA a demonstrat experimental că oamenii cu o percepție și o atitudine pozitive în viață și asupra propriului proces de trecere a timpului trăiesc în medie cu 7,5 ani mai mult decât cei care consideră că pe măsură ce îmbătrânesc sunt mai slabi, fragili sau chiar ridicoli. Mai mult, dr. Herbert Benson de la Centrul de cercetări clinice ale Spitalului Universitar din Boston, SUA, a arătat că meditația conduce pe de-o parte la scăderea consumului de oxigen și, astfel, la reducerea producției de radicali acizi și alte produse care contribuie la îmbătrânirea prematură, iar pe de altă parte, la reducerea eliberării de adrenalină în circuitul sangvin cu scăderea riscului de hipertensiune arterială.

2.5. CAPACITATEA DE A FACE FAȚĂ DIFICULTĂȚILOR ȘI REZILIENȚA

De foarte mult timp s-a constatat că oamenii prezintă o mare diversitate în capacitatea de a face față greutăților, în găsirea de soluții pentru depășirea problemelor de viață și în confruntarea cu riscurile pe care mediul fizic și social ni le așterne în față. În mod tradițional, se consideră că mare parte din viața noastră psihică este ocupată cu problema conflictului cu alții și se neglijează acea parte care face ca unii dintre noi să treacă prin viață senini în ciuda adversităților. Oare ce ne face diferiți unii de alții din acest punct de vedere? Pentru a răspunde la această întrebare, s-au utilizat două concepte, *reziliența*

și *coping*-ul. Prin *reziliență* înțelegem capacitatea unei persoane de a fi puternică, de a se recupera ușor după dificultăți, abilitatea de a reveni la starea inițială după ce s-a petrecut ceva rău și acest cuvânt are originea în limba latină: *resiliens* înseamnă a ricoșa, a sări înapoi, a reveni, a fi elastic. Mai greu este cu *coping-ul,* un cuvânt folosit de profesioniști și din ce în ce mai mult de publicul larg, care înseamnă capacitatea cuiva de a face față greutăților, poverilor, dificultăților, responsabilităților, problemelor într-un mod adecvat și vine de la verbul englezesc *to cope* care semnifică a te lupta, a te strădui, a avea de-a face cu ceva care se opune. Într-un alt limbaj, modalitățile de *coping,* adică modalitățile folosite de cineva pentru a depăși greutățile, sunt denumite și *defense,* considerându-se că, în cele mai multe dintre situațiile în care oamenii sunt puși în fața adversităților, ei folosesc mecanisme de apărare sau de *defense.*

Stresul, adversitățile, dificultățile, provocările sunt o parte inerentă a vieții noastre și putem spune că ne raportăm la ele prin capacitatea de reziliență și de *coping.* Am mai putea spune că prin aceste mecanisme noi ne menținem imaginea de sine intactă. Într-un fel, *coping-ul* face parte din reziliență, pentru că cea mai bună definiție a rezilienței este abilitatea noastră de a avea de-a face cu dificultățile vieții într-o manieră pozitivă, cea care minimalizează daunele și promovează adaptarea și, în final, sănătatea. Altfel formulat, *coping-ul* ar însemna abilitatea noastră de a trata cu dificultățile, iar reziliența ar fi abilitatea noastră de a ne recupera, de a rămâne nealterați, neschimbați după trecerea adversităților. Am putea spune că, fără o capacitate bună de *coping*, nu există reziliență!

Au existat studii care au urmărit un număr semnificativ de subiecți de-a lungul mai multor ani și care au arătat o corelație foarte strânsă între stilul de *coping* sau de apărare și diferite variabile de sănătate fizică, psihologică și succes social. Cel mai relevant studiu de acest fel este cel condus de prof. George Vaillant de la Universitatea Harvard din SUA, studiu care a urmărit timp de mai bine de 70 de ani evoluția în viață a 268 de studenți de la această universitate și a 456 de copii de la o școală din Boston. Acești subiecți au trebuit să completeze un chestionar de două ori pe an,

au fost intervievați față în față la fiecare 5 ani și au fost examinați medical tot la 5 ani o dată. Prof. Vaillant a constatat că subiecții care au avut un stil de depășire a greutăților eficient, precum supresia, umorul și anticiparea, au arătat după atâția ani de urmărire o sănătate psihică mai bună, o adaptare maritală de succes și un sentiment de bunăstare fizică și psihică.

În general, se consideră că mecanismele de defensă s-au format și șlefuit de-a lungul vieții, atât în contact cu părinții și familia de origine, cât și în contact cu oamenii și evenimentele semnificative, și pe acest parcurs, unele mecanisme au putut rămâne „imature", iar altele au ajuns la deplina lor desăvârșire. Mecanismele de defensă imature sunt cele caracteristice copiilor, dar care pot, din variate motive, să existe și la persoane adulte. Astfel, unul dintre mecanismele de defensă imatură ar fi acela de a utiliza corpul ca un ecran pe care se proiectează diferite stări psihologice, ca de exemplu, a te plânge de dureri de cap sau alte acuze somatice pentru a evita o situație, în loc de a spune limpede că nu vrei să te duci, să participi sau să faci un anumit lucru. Prin acest mecanism imatur de defensă, cel care îl folosește caută ori să inducă în alții sentimente de neajutorare sau de compătimire, ori, din contră, caută să frustreze sau să pedepsească pe cineva. Alte mecanisme imature de defensă ar mai fi utilizarea fanteziei ca să înlocuiască realitatea, proiecția, când se neagă defectele proprii și li se atribuie altora, sau comportamentul pasiv-agresiv. La polul opus se găsesc mecanismele de *coping* „mature", adică cele care ajută individul în mod constructiv, transparent și adecvat să facă față problemelor ce-i stau în față. Între ele, într-o clasificare ierarhică, se găsesc mecanismele de defensă „intermediare", care sunt caracteristice persoanelor așa-zise „nevrotice". Printre mecanismele de defensă intermediare, aș putea aminti refularea, reprimarea, manipularea, negarea, distorsiunea realității sau disociația, care presupune modificarea temporară a caracteristicilor psihologice ale persoanei pentru a evita emoțiile negative.

Stilurile mature de *coping* sau de defensă sunt cele care îl fac pe un individ să găsească cele mai bune soluții care să ducă la protecția și adaptarea lui în condiții de stres, fără pierderea imaginii și stimei

de sine. De cele mai multe ori, aceste mecanisme sunt puse în practică în mod inconștient, ca parte a unei scheme individuale de operare în fața dificultăților. Iată aici o listă cu aceste mecanisme mature de defensă:

1. **Suprimarea sau supresia** presupune o îndepărtare deliberată a atenției de la stimulii emoționali neplăcuți, dureroși, spre lucruri care pot fi controlate și al căror deznodământ poate fi pozitiv și benefic. Prin suprimare, un individ poate amâna o plăcere sau chiar să o abandoneze. Este un mod „stoic“ de a trece prin greutăți, a îndura fără să te plângi sau a renunța fără regrete.
2. **Anticiparea** presupune capacitatea de a privi înainte, abilitatea de a avea o dimensiune prospectivă a oricărei acțiuni, de a vedea deznodământul și de a planifica realistic, fără a crea sentimente de neplăcere.
3. **Sublimarea** este mecanismul de defensă prin care un individ transformă o situație sau emoție neplăcută într-o acțiune care să-i aducă un rezultat pozitiv, utilizând pentru aceste comportamente și activități creative precum cele artistice, muzicale, literare, științifice. Astfel, un individ confruntat cu o situație penibilă, în loc să rămână fixat în ea, mai bine își întoarce fața spre preocupări prin care emoțiile negative se vor transforma în ceva dezirabil și înalt valoric.
4. **Umorul** este un mecanism de *coping* frecvent utilizat și care presupune o abilitate cognitivă de a translata o situație sau emoție negativă în ceva glumeț, a aduce o notă ironică sau comică, astfel încât să producă amuzamentul celor din jur; această tendință se prezintă și sub forma drapării unei situații într-o tonalitate de mai mică gravitate sau dramatism.
5. **Altruismul** presupune îndreptarea percepției, a atenției și a comportamentului spre interesele altuia, a te pune în serviciul altuia, obținând în acest fel satisfacția de a fi fost de folos, de ajutor, de a înfățișa morala proprie, devotamentul și capacitatea de a sacrifica interesele personale în favoarea unui deziderat mai înalt.

6. **Acceptarea** înseamnă recunoașterea condiției proprii în relație cu situația existentă fără a încearcă să o schimbi, încercând în acest fel să mergi mai departe, să o depășești fără prea mari pagube.
7. **Iertarea** este mecanismul intențional și voluntar prin care se înlocuiesc resentimentul, mânia, revanșa, gelozia ca rezultat al unei ofense, greșelile, ostilitățile, agresiunile, cu un sentiment și o atitudine de calm, liniște și seninătate care oprește acțiuni viitoare de retorsiune.

O multitudine de studii au arătat că adoptarea unor defense mature în viața de toate zilele se constituie într-o garanție a unei sănătăți bune și a unei bătrâneți viguroase. S-a constatat că prezența acestui stil de *coping* în a doua parte a vieții, alături de abstinența de la consumul de alcool și practicarea exercițiilor fizice în fiecare zi, se constituie ca factori protectivi față de riscurile date de stres, de evenimente de viață negative și impredictibile, și față de bolile concomitente vârstei a treia. Când s-au luat în studiu variabile individuale, s-a constatat că un stil de *coping* matur se corelează puternic cu stabilitatea căsătoriei peste ani, cu prezența unei rețele sociale bogate, cu implicare variată în viața socială, cu programe recreative diverse și chiar cu o dietă și o greutate corporală adecvate. În general, stilul de *coping* matur predictează o bătrânețe de succes, o calitate bună a vieții și un sentiment de bunăstare fizică și psihică.

O să închei acest paragraf adresându-ți îndemnul să iei în considerare abilitățile tale, să le resuscitezi, să le alegi pe cele pozitive, adaptative, într-un cuvânt cele care sunt „mature“, să menții o atitudine pozitivă față de trecerea anilor și propria îmbătrânire, să consideri că anii care s-au adunat la vârsta ta sunt un câștig și nu o pierdere, să revizuiești ce ai dobândit cu vârsta, experiența, înțelepciunea, seninătatea, altruismul, să-ți amintești că optimismul este un ingredient care te va face să aștepți cu bucurie zilele care vin, și să nu uiți umorul, mai ales cel îndreptat spre propria persoană.

2.6. MANAGEMENTUL FACTORILOR DE STRES

Cuvântul stres este foarte popular astăzi și oamenii îl folosesc atât în sensul originar, de stare mintală de încordare sau presiune, ca rezultat al expunerii la condiții nocive sau adverse, cât și într-un sens mai larg, care subsumează diferite stări psihologice neplăcute, nedorite, din cauza „frecușului" de zi cu zi. Astfel, în mod obișnuit, oamenii de astăzi se plâng că duc o viața stresantă, dar nu identifică un factor anume, ei consideră doar că tensiunea psihică și presiunea timpului și a sarcinilor de îndeplinit sunt ele însele expresia stresului. Se poate spune că oamenii din ziua de azi privesc stresul ca o acumulare de evenimente și cerințe de viață care acționează și se acumulează într-o perioadă de timp.

O definiție mai aproape de cea originară o dau oamenii care gândesc că stresul este o reacție fizică și psihologică a unui individ atunci când este sub influența unei situații care îi depășește resursele personale pe care este capabil să le mobilizeze pentru a o înfrunta. Aceasta ar fi situația în care un individ este expus la acțiunea unuia sau mai multor evenimente sau stimuli negativi care conduc la consecințe emoționale și fiziologice ce tind să afecteze echilibrul biologic al organismului. Pe scurt, se poate spune că lumea înțelege stresul ca o situație care este în afara controlului individului, atât prin amploarea, cât și prin bruschețea apariției ei. Ce voi spune mai departe se ancorează în această definiție populară și o să discut cum evenimentele negative pe care un individ le trăiește în mod inerent, pentru că trebuie să acceptăm că nimeni nu este scutit de ele, contribuie la acea stare de tensiune, de emoție negativă, de așteptare anxioasă, de neliniște, care perturbă semnificativ echilibrul homeostatic, biologic și psihologic al organismului.

Cam prin anul 1920, dr. Hans Selye, un medic începător la Universitatea din Montreal, Canada, a constatat prin simplă observație că, indiferent de suferința pe care o aveau pacienții internați în spital, ei aveau câteva caracteristici în comun: nu arătau bine, erau neliniștiți, posaci, triști și îngrijorați. El a considerat

că, dincolo de cauzele bolii lor, ei înfruntau o problemă emoţională şi chiar corporală din cauza efortului pe care îl făceau să se adapteze la condiţia de a fi bolnav. El a denumit această stare „sindrom general de adaptare“ cauzat de tensiunea nespecifică generată de o boală şi de vicisitudinile ei. Mai târziu, în anul 1936, el a denumit această stare „stres“ prin analogie cu ce se întâmplă cu o bucată de metal când se exercită diferite forţe asupra ei. El a mai constatat că stresul provoacă un răsunet specific corporal dat de reacţia axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian care duce la eliberarea în sânge a unor cantităţi mari de hormoni, precum adrenalina, noradrenalina şi cortizolul, şi la creşterea activităţii sistemului nervos simpatic cu rol de a ajuta organismul să facă faţă la condiţia stresantă. În funcţie de durata de expunere la un factor stresant, putem avea o reacţia acută la stres sau o stare cronică de stres.

Reacţia la stres străbate în mare trei stadii:

i) Primul stadiu este cel de alarmă, când organismul ia notă de stimulul sau situaţia stresantă și activează cascada de reacţii „luptă-sau-fugi“ a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian, cu hiperactivitatea sistemului simpatic și eliberarea în sânge de hormoni „de stres“ precum adrenalina, noradrenalina și cortizolul. Această fază se însoțește de pregătirea sistemelor organismului pentru a se confrunta cu situaţia, precum creșterea frecvenţei cardiace, a respiraţiei și a presiunii arteriale;

ii) Faza a doua de adaptare, când organismul găsește un nivel adaptat faţă de natura și intensitatea factorului stresant;

iii) Faza de extenuare sau de eliberare, când rezervele de luptă ale organismului s-au epuizat, iar rezervele hormonale s-au golit. În această fază, organismul a învins și a depășit starea stresantă sau, din contră, a pierdut lupta și a devenit victima stării de stres.

Acest concept a fost repede asimilat de diferite ramuri ale medicinei, în special de medicina psihosomatică, a încercat astfel să explice rolul expunerii cronice la factorii stresanţi în apariţia bolilor cardiovasculare, a obezităţii, a anumitor boli digestive, de nutriţie, dermatologice etc. Ulterior, cuvântul stres a pătruns

în vocabularul popular și semnifică în mare parte doar o reacție emoțională, de tensiune, la un eveniment extern neobișnuit sau nedorit, cu încărcătură negativă.

Cele mai frecvente manifestări emoționale ale stresului sunt: anxietatea, grija, frica, tristețea, sentimentul de neajutorare și inadecvare, lipsa de speranță, pe de o parte, sau de neliniște, mânie, compulsivitate, resentiment, iritabilitate, ostilitate, beligeranță, pe de altă parte. Dintre simptomele fizice ale stresului, amintesc aici astenia, tensiunea musculară, durerile de cap și ale coloanei vertebrale, creșterea tensiunii arteriale, hiperventilația, palpitațiile, transpirațiile, durerile sau crampele abdominale, insomnia sau disfuncțiile sexuale.

O problemă importantă este diferențierea stresului obiectiv de cel perceput subiectiv. Această problemă apare din cauza variației interindividuale a rezistenței la stres. Unii oameni pot să se confrunte cu dificultăți și evenimente negative fără să aibă niciun moment sentimentul că sunt stresați, iar alții se plâng că sunt stresați la cele mai mici contrarietăți. Aceste deosebiri sunt date de pragul diferit de la care un individ începe să se simtă tensionat și agresat de un eveniment nedorit, diferențe care sunt date atât de zestrea genetică, de reactivitatea individuală, cât și de mecanismele de *coping* pe care persoana le posedă.

Povestea merge mai departe cu identificarea relației dintre evenimentele de viață și sănătate când, în anul 1967, medicii psihiatri Thomas Holmes și Richard Rahe de la Facultatea de Medicină Washington din Seattle, SUA, au făcut un experiment rămas clasic. Ei au luat 2 664 de cadeți de marină care plecau într-o aplicație pentru 6 luni în Marea Caraibelor, timp în care nu aveau voie să aibă vreun contact cu cei rămași acasă. Imediat după îmbarcare, ei au trebuit să bifeze care evenimente de viață li s-au întâmplat în ultimele șase luni de pe o listă lungă cu diferite evenimente posibile. Apoi, timp de 6 luni, ei au fost întrebați săptămânal despre existența unor simptome corporale și emoționale. La sfârșitul celor 6 luni, după ce s-au colectat și prelucrat toate datele, s-a văzut că există o corelație foarte puternică între evenimentele de viață pe

care le-au trăit în ultimele luni și condiția ulterioară de sănătate. Pe baza acestei analize, ei au făcut o listă a evenimentelor de viață care pot influența starea de sănătate și au construit chiar o ierarhie a acestora în funcție de „greutatea“ pe care a avut-o fiecare dintre acestea în geneza acestor schimbări de sănătate. Această listă, cunoscută ca Scala Readaptării Sociale, este prezentată în Tabelul 8. Ea a fost numită așa de Holmes și Rahe pentru că arată cât de mare ar putea fi costul pe care-l plătește cineva pentru a se readapta social după un eveniment specific de viață. În dreptul fiecărui eveniment este un punctaj care reprezintă „costul biologic și psihologic“ pe care cineva îl plătește când se află sub acel eveniment și, pe o altă coloană, frecvența cu care s-a întâmplat evenimentul în ultimele 6 luni. Poți să-ți faci singur un scor de cât de mult ai fost sub influența unor evenimente stresante, completând tabelul de mai jos. După ce ai făcut scorul pentru fiecare eveniment în parte, poți să obții un scor total adunând punctajul de pe fiecare rubrică. Scorul total îl poți compara cu normele pe care acești autori le-au recomandat pentru interpretarea probabilității sau a riscului ca o persoană să-și schimbe starea de sănătate din cauza acțiunii cumulative a acestor evenimente stresante.

Tabelul 9. Scala Readaptării Sociale Holmes și Rahe

Nr.	Evenimentul de viață	Puncte	De câte ori s-a petrecut	Scor
1	Decesul partenerului	100		
2	Divorț	73		
3	Separare maritală	65		
4	Închisoare	63		
5	Moartea unui membru de familie	63		
6	Boală sau traumatism personal	53		
7	Căsătorie	50		
8	Pierderea locului de muncă	47		
9	Reconciliere maritală	45		
10	Pensionare	45		

Nr.	Evenimentul de viață	Puncte	De câte ori s-a petrecut	Scor
11	Schimbare în starea de sănătate a unui membru de familie	44		
12	Sarcină	40		
13	Dificultăţi sexuale	39		
14	Apariţia unui nou membru în familie	39		
15	Probleme la locul de muncă	39		
16	Schimbări în situația financiară	38		
17	Decesul unui prieten apropriat	37		
18	Schimbare la locul de muncă	36		
19	Certuri semnificative cu partenerul/partenera	35		
20	Datorii mai mari de 50 000 de lei	31		
21	Incapacitate de a restitui un împrumut sau de a plăti ratele la bancă	30		
22	Schimbări în responsabilităţile de la serviciu	29		
23	Copilul s-a mutat de acasă	29		
24	Probleme legale/juridice	29		
25	Realizări personale deosebite	28		
26	Partenerul a început/a părăsit locul de muncă	26		
27	A începe sau a termina şcoala	26		
28	Schimbări în condiţiile de viață	25		
29	Modificări în obiceiurile personale	24		
30	Probleme cu şeful/patronul	23		
31	Schimbări în orarul/condiţiile de muncă	20		
32	Schimbări ale locuinţei/ rezidenţei	20		
33	Schimbări în educaţie/şcoală/ perfecţionare	20		

Nr.	Evenimentul de viață	Puncte	De câte ori s-a petrecut	Scor
34	Schimbări în obiceiurile recreaţionale	19		
35	Schimbări în activităţile religioase	19		
36	Schimbări în activităţile sociale	19		
37	Datorii mai mici de 50 000 de lei	17		
38	Schimbări în obiceiurile de odihnă/somn	16		
39	Schimbări în felul în care se reuneşte familia	15		
40	Schimbări ale obiceiurilor alimentare	15		
41	Vacanţa	13		
42	Apropierea Crăciunului/ Paştelui	12		
43	Violări minore ale legii	11		
	SCOR TOTAL			

După autorii respectivi, aceste norme sunt:

– scor mai mic de 150 de puncte: probabilitate mică-moderată (mai mare de 30%) de a se petrece o modificare a stării de sănătate sub influența evenimentelor de viață;
– scor între 150-300 de puncte: probabilitate moderată-mare (mai mare de 50%);
– scor peste 300 de puncte: risc/probabilitate foarte mare (mai mare de 80%) de a se produce o afectare a stării de sănătate.

Desigur că această scală a fost construită pe baza modului de a interpreta ponderea evenimentelor de viață la populația americană, dar în mare cred că ni se potrivește și nouă românilor. Oricum, este un mod de a înțelege cât de importanți sunt factori cumulativi de stres în menținerea sănătății, mai ales după o vârstă, când hipersecreția hormonilor de stres, adrenalina și cortizolul, pot genera tulburări organice grave.

Deși cu toți înțelegem că stresul este un lucru pe care nu și-l dorește nimeni, acceptăm ideea că el nu poate fi eliminat din viața noastră. A trăi înseamnă a-ți asuma și faptul că vei da piept cu evenimente și situații stresante. Dacă luăm în considerare că un eveniment „stresant“ este unul neașteptat, nedorit, de o anumită amploare și intensitate, putem gândi că reacția la acest eveniment este una care variază de la individ la individ în funcție de percepția evenimentului, de semnificația pe care o dă evenimentului, de răspunsul fizic și emoțional față de acesta, și de abilitatea de a gestiona acest eveniment. Astfel, vor fi oameni la care evenimentele vor provoca reacții stresante, zgomotoase, iar alții le vor depășit în liniște. Pe de altă parte, nici a trăi în afara oricărei stimulări exterioare nu este benefic pentru organismul uman. Este astăzi bine documentat că expunerea la factori stresanți de intensitate moderată are efect benefic asupra sănătății fizice și psihice. Există și credința populară că greutățile îl „oțelesc“ pe om! Diferența dintre ceea ce este acceptabil, și chiar de dorit, și ceea ce este dăunător este dată atât de intensitatea și bruschețea factorului de stres, cât și de timpul de expunere la acesta. Expunerea cronică la stres sau acumularea cronică de factori stresanți este astăzi una dintre cauzele răspândiri cvasiepidemice a diabetului, a bolilor cardiovasculare, a obezității, a bolilor autoimune, a creșterii sensibilității la infecții sau a consumului compulsiv de alcool. Ele sunt expresia tulburărilor imunologice, a favorizării proceselor inflamatorii, a dereglărilor neuro-endocrine produse de această expunere prelungită la stres.

Este un stereotip în a considera că oamenii în vârstă sunt mai vulnerabili în fața stresului comparativ cu cei mai tineri. Acest automatism vine din credința răspândită că a fi bătrân înseamnă a fi fragil, dar este numai parțial adevărat. Studii experimentale au arătat că, față de anumiți factori stresanți, bătrânii se comportă mai bine decât ceilalți. De exemplu, reacția emoțională și consecințele ei sunt mai intense la tineri decât la bătrâni, în schimb cei în vârstă sunt mai sensibili la stresul cronic. Aceasta s-ar explica prin faptul că vârstnicii dovedesc de multe ori mecanisme de apărare adaptate expunerii la un stres cu acțiune scurtă, dar capacitatea

lor adaptativă este depășită în caz de factori cumulativi de stres și cu acțiune prelungită.

2.6.1. Strategii de gestionare a factorilor cumulativi de stres

Aici o să vorbesc despre modalitățile de management a unor situații întâlnite mai frecvent de oamenii în vârstă și în care se acumulează factori stresanți de natură diferită și a căror nerezolvare poate conduce la cronicizarea lor precum: i) managementul situațiilor stresante de viață, ca în cazul conflictelor interpersonale, al problemelor neobișnuite care antrenează răspundere individuală sau prosperitatea personală, și ii) managementul presiunii timpului, ca în cazul unor situații care impun un ritm sau o limită de timp presantă și frustrantă.

2.6.1.1. Gestionarea problemelor stresante de viață. Cel mai frecvent, ne simţim tensionați, nervoși, iritați, cu somn zbuciumat și senzație de oboseală de dimineață. Ne întrebăm care ar fi cauza, nu găsim un răspuns adecvat și, astfel, mergem mai departe. În spatele acestor simptome, cel mai des se află acumularea pe nesimțite de factori stresanți, cu alte cuvinte de probleme care, fiecare în parte, nu ar reprezenta cine ştie ce, dar împreună, cumulate, și mai ales dacă sunt prezente de mai mult timp, epuizează pe nesimţite resursele noastre de adaptare.

Dar ce este o problemă? După DEX, o problemă este „*o chestiune care solicită o întrebare, un interes sau o soluție*“, iar o altă definiție spune că „*o problemă este un obstacol care face dificilă atingerea unui scop sau obiectiv... se referă la o situație, condiție sau chestiune care este încă nerezolvată. În sens larg, o problemă există atunci când un individ devine conștient de diferența semnificativă dintre ceea ce este și ceea ce ar fi de dorit... fiecare problemă solicită un răspuns sau o soluție*“. Iată aici o definiție frumoasă a unui factor stresant.

Nouă, însă, nu ne plac problemele și tendința naturală este ca ce nu poți rezolva să ignori și, astfel, problema se depozitează într-un colț mai puțin vizibil al minții tale, obținându-se iluzia că problema nu mai există. Cu o astfel de strategie, problemele ignorate, amânate sau lăsate în urmă se pot aglutina pe nesimțite, determinând apoi o problemă diferită, mai mare decât chiar suma celor ce s-au strâns împreună.

A rezolva o problemă sau a găsi o soluție înseamnă a te implica într-o secvență de acțiuni, cognitive și comportamentale, care să conducă la un rezultatul dorit. Rezultatul și scopul soluției problemei nu se suprapun totdeauna, scopul presupune rezolvarea problemei, dar rezultatul nu înseamnă obligatoriu rezolvarea în totalitate a acesteia. Rezolvarea unei probleme solicită întotdeauna o reacție, un răspuns al individului care se confruntă cu problema. Acest răspuns este, de fapt, un proces care implică emoțiile, judecata și comportamentul subiectului și de aceea oamenii se deosebesc în felul și capacitatea de a-și rezolva problemele.

Există și indivizi care chiar sunt incapabili să-și rezolve problemele și aceasta din cauza unor caracteristici printre care aș enumera: i) nu pot să identifice și să descrie exact problema, ii) nu văd soluții alternative la aceasta, iii) nu pot vedea consecințele unor soluții alternative, iv) nu știu cine i-ar putea ajuta și cum, v) îi incriminează pe alții în geneza problemelor sau în nerezolvarea lor și vi) consideră că existența și rezolvarea problemelor lor depind de relațiile de putere dintre indivizi.

A rezolva problemele pe care cineva le are înseamnă a merge mai departe, a se adapta la circumstanțe, a găsi cele mai bune și potrivite căi pentru a continua viața în bune condiții. Astfel, putem vorbi de beneficiile rezolvării problemelor bine și la timp, beneficii precum:

– clarificarea situației de viață și dobândirea unei perspective de viitor;
– identificarea sursei problemelor emoționale;
– reducerea tensiunii, a îngrijorării și a stresului;

– creșterea sentimentului de încredere, eficacitate, autocontrol și autonomie;
– prevenirea conflictelor interpersonale;
– lărgirea plajei de abilități de rezolvare a problemelor viitoare;
– îmbunătățirea capacității de a identifica sursele de ajutor când este cazul;
– promovarea capacității de colaborare, coeziune și respect mutual cu alții.

În continuare, o să încerc să descriu o tehnică generală de rezolvare a problemelor. Aceasta are mai mulți pași pe care trebuie să-i parcurgi în ordine, astfel încât, la sfârșit, să obții o soluție și un rezultat.

În primul rând, trebuie să-ți schimbi „*optica*" generală asupra problemelor în viață. Această optică este modul în care vezi dificultățile cu care te confrunți în viață. Sunt oameni care văd problemele din viața lor ca provocări cărora trebuie să le găsească soluții adecvate, ele făcând parte din înțelesul vieții și fiind inerente dezvoltării individuale, creșterii competenței și autonomiei personale. Sunt și oameni care consideră că problemele nu sunt decât o expresie a lipsei de noroc sau de șansă în viață sau o reflectare a competiției umane, greutățile le sunt date doar ca să-i împovăreze și să le facă viața dificilă, ele nu sunt pentru a fie rezolvate, ci doar suportate, transportate ca o povară ce face parte din suferința existențială. Cu aceste lucruri în minte poți să cauți să fii cât se poate de obiectiv și să evaluezi cu luciditate care este modul tău de a vedea problemele.

Trebuie să mai știi că oamenii care au o privire negativă asupra problemelor cu care se confruntă au tendința de a amâna rezolvarea acestora și, mai ales, tendința de a evita să se gândească la ele. Din cauza acestui fapt, problemele se acumulează și, atunci când, totuși, sunt luate în considerare, apar încâlcite, fără început și sfârșit, și generatoare de emoții negative precum tristețe, anxietate, mânie și a sentimentului de împovărare și deziluzie.

În al doilea rând, este necesar să identifici problema. Fără să știi exact despre ce este vorba, fără să o poți pune în cuvinte, să o

denumești, fără să poți să o descrii ție însuți sau altcuiva, problema nu este identificată. Prin acest proces, problema se extrage din ghemul de probleme care îți stau „pe suflet“ și, astfel, poate fi privită și atacată. Altfel, rămâi într-o permanentă confuzie. Dacă mai multe probleme se adună zi cu zi, încearcă să le identifici împărțindu-le pe grupe, de exemplu, probleme de sănătate, probleme financiare, probleme cu familia, probleme cu copiii, probleme locative etc. Apoi încearcă să identifici fiecare problemă în parte, să o distingi de altă problemă, de altă natură, să poți să o numești și să poți să o descrii. Pentru ca acest proces să aibă loc, trebuie să recunoști că ai o problemă și să răspunzi la întrebări precum: Ce s-a întâmplat? Când? Unde s-a întâmplat? Cum s-a petrecut evenimentul? Cine a mai fost implicat? Ce ai făcut tu? Cum te simți și ce dorești să se întâmple mai departe? Pentru fiecare problemă identificată, trebuie să ai o descriere a ei, o explicație referitoare la cauza ei, de cât timp o ai sau dacă poți să o rezolvi singur sau ai nevoie de ajutor. Important este să nu confunzi problema cu efectele ei asupra stării tale emoționale, de exemplu să nu confunzi problema singurătății cu tristețea cauzată de ea.

Următorul pas, al treilea, ar fi să știi de cine aparține această problemă, îți aparține cu adevărat această problemă sau doar ți-o asumi dintr-un sentiment de vinovăție, din camaraderie sau din altruism. Pot să-ți pui întrebări precum: Problema aceasta îmi aparține? Este aceasta de competența mea? Dacă răspunsul este da, treci la următorul pas.

Odată identificată problema, scopul tău este să o rezolvi, iar pentru a o rezolva trebuie să poți estima dacă aceasta îți stă în putere, adică dacă poți să o rezolvi singur sau trebuie să apelezi la ajutor. În acest sens, este bine să-ți identifici și să-ți evaluezi corect resursele proprii și nevoia de ajutor. Important este să știi că nu e bine nici să pasezi problema în brațele altuia, așa cum nu e bine nici să o ții pentru tine când nu o poți rezolva. Odată stabilit că resursele tale sunt limitate și ai nevoie de ajutor, trebuie să identifici unde și la cine să apelezi și ce anume să ceri exact. Cu cât vei fi mai clar și explicit, cu atât ajutorul extern o să-ți fie acordat mai adecvat.

În mod obișnuit, soluția la majoritatea problemelor de viață apare evidentă de la început. Majoritatea oamenilor sunt înarmaţi cu abilitatea de a vedea o soluţie a problemelor cu care se confruntă. Dar, dacă nu este evidentă această soluţie, este bine să se împartă problema în bucăți mai mici și apoi să fie abordate fiecare în parte. Divizarea problemei permite ca problema să pară mai uşor rezolvabilă, pentru că este mai lesne să se identifice nevoile necesare și mai ales să se stabilească prioritățile în rezolvarea acestor probleme mai mici. Identificarea priorităților înseamnă în final a găsi „drumul critic" de rezolvare a acesteia!

Un alt stadiu al algoritmului de rezolvare a problemei este descoperirea opţiunilor, a alternativelor de soluţionare a problemei. Există de multe ori dorința spontană de a rezolva problema dintr-o bucată, adică a o cântări rapid și a furniza un răspuns imediat. Nu trebuie, însă, uitat niciodată că pentru orice problemă există mai multe soluții, chiar dacă nu sunt evidente de la început. În depistarea opțiunilor de soluționare tu trebuie să dai dovadă de imaginaţie și creativitate, pornind de la ideea că, cu cât vor exista mai multe variante, cu atât vei alege mai uşor soluția de succes și cea de rezervă, așa-zisul „plan B". În selectarea opțiunii fezabile, trebuie să ai în vedere o analiză procentuală a rezultatului anticipat, timpul de aplicare a soluţiei, necesarul de resurse, ajutorul extern, costul subiectiv al aplicării acesteia și care vor fi consecințele în caz de eşec.

În mod firesc, odată aleasă, soluția se implementează și apoi se monitorizează progresul pentru a vedea dacă lucrurile merg bine. În acest timp, tu poţi face corecţiile necesare, astfel încât soluția să-și atingă ținta și rezultatul să fie cel dorit. Recomandarea mea este să stai calm, să întreprinzi tot ce ți-ai propus și, dacă apare ceva neașteptat sau poţi face ajustările necesare, adică poţi adăuga ceva, poţi renunţa la ceva, important este să rămâi flexibil și adecvat scopului pe care l-ai setat. Apariția unui obstacol nu înseamnă eşecul soluției pe care ai ales-o și nu uita că, în ultimă instanță, și rezolvarea parţială a unei probleme este ceva pozitiv.

2.6.1.2. Gestionarea presiunii timpului. De mult timp avem sentimentul că vremurile ne împing de la spate, că timpul trece prea repede și nu am avut destul pentru a realiza ce ne-am propus, într-un cuvânt ne grăbim și suntem grăbiți! Timpul are un impact considerabil asupra noastră, el contribuie în mod hotărâtor la bunăstare fizică și psihică și la calitatea vieții noastre. El este și sursa frecventă a stărilor noastre de stres. A fi grăbit sau a fi lent, a fi la timp sau a întârzia, a fi răbdător sau precipitat, a amâna sau a respecta un termen, sunt doar câteva dintre modalitățile în care ne simţim plasați în diferite momente ale vieții. Aceasta nu numai pentru că mintea noastră are o „gramatică" în care conjugă verbele la diferite timpuri, trecut, prezent sau viitor, dar și din cauză că viața ne propune să plantăm jaloane temporale după care ne ajustăm ceasul existenței noastre. În funcție de cum percepem curgerea timpului este și ceea ce înțelegem prin eternitate și perisabilitate, continuitate, fragmentabilitate sau fatalitate. Mintea funcţionează totdeauna în prezent, dar judecățile sunt etalate pe o scală temporală.

Prin funcţionarea corpului nostru, suntem întotdeauna sincronizați cu timpul, dar mintea noastră este mai mereu ba în trecut, ba în viitor și mai puțin aici și acum.

Timpul este o resursă la îndemâna oricui, fiecare dintre noi are timp de pierdut sau de câștigat. Având-ul la îndemână, noi putem să planificăm, să anticipăm sau să amânăm, putem să-l dăm sau să-l luăm de la alții și, astfel, putem vorbi de timpul „meu" și de timpul „altuia". Unii indivizi sunt mai buni în acest proces de management al timpului ca resursă, alții sunt mai puțin buni și unii chiar dezinteresați.

Timpul este perpetuu, dar, pentru noi, odată trecut, timpul a trecut pentru totdeauna! Se spune pe drept cuvânt că, deși avem un ceas intern cu care măsurăm experiența noastră, totuși noi nu putem manipula timpul, nu-l putem controla, ceea ce putem controla este doar relația noastră cu el, pentru că, oricum ar curge timpul intern, odată și odată tot trebuie să ne uităm la ceas!

Multe dintre stările de stres pe care le ai pot fi datorate sentimentului că ești grăbit sau sub presiunea timpului sau că nu poţi

controla timpul disponibil pentru a realiza ceea ce ar fi necesar. Un studiul realizat recent în Australia, pe un eșantion de peste 7 000 de bărbați și femei, a arătat că 34 % dintre bărbați și 35,1% dintre femei au afirmat că simt foarte des presiunea timpului, iar 13% dintre toți participanții au simțit întotdeauna presiunea timpului. Această simplă statistică arată cât de mult oamenii de astăzi se simt sub stresul timpului. Acești respondenți au furnizat unele detalii asupra activităților care-i încarcă cel mai mult și care le lasă sentimentul de lipsă de timp. Astfel, activitățile gospodărești au fost pe primul loc, urmate de activitățile de la locul de muncă, timpul alocat familiei, preluarea de prea multe sarcini, problemele de transport, orele suplimentare la serviciu și inabilitatea de a-și organiza sarcinile.

După experiența mea, cele mai frecvente plângeri ale persoanelor care resimt presiunea timpului au fost: neliniște psihică și corporală, tensiune psihică, impulsivitate, iritabilitate, greutăți de a lua decizii, frustrare, nervozitate, dificultăți de concentrare, senzație de oboseală și tulburări de somn. Astfel de persoane sunt ușor de recunoscut pentru că sunt grăbite, nerăbdătoare, precipitate, vorbesc repede, au tendința de a amâna, sar de la o idee la alta, sunt capricioase și dezorganizate, se ocupă de mai multe lucruri deodată, au greutăți în luarea deciziilor; ele sunt nervoase și iritate când sunt întrebate despre problemele lor, iar atunci când descriu cu ce se ocupă, au tendința de a fi imprecise.

Printre cele mai frecvente cauze care ne fac să avem probleme de control al timpului disponibil se numără unele atitudini, comportamente sau decizii dintre care amintesc:

– proasta planificare a lucrurilor de făcut;
– ierarhizarea defectuoasă a acestora;
– amânările succesive, urmate de aglomerarea lucrurilor de făcut într-o perioadă limitată de timp;
– stil dubitativ și deficient în luarea deciziilor;
– întreruperile repetate ale acțiunii în desfășurare pentru motive irelevante;
– distractibilitatea, în sensul pierderii atenției și concentrării în favoarea unor stimuli și activități aleatorii sau secundare;

– atitudine negativă față de activitățile derulate;
– împrăștierea în mai multe activități deodată;
– preluarea sarcinilor care aparțin altora;
– incapacitatea de a refuza sarcini și de a spune „nu";
– supraestimarea capacităților proprii.

Trebuie să mai știi că modalitatea de gestionare a timpului este legată și de personalitatea individului. În funcție de cum rezolvă în timp problemele lor, oamenii se pot împărți în cei care încearcă să le rezolve „deodată" și cei care încearcă să le rezolve „pe rând". Fiecare dintre aceste două categorii prezintă anumite trăsături caracteristice pe care le găsești în Tabelul 9. Cu această ocazie, poți să constați și tu în ce categorie te încadrezi.

Tabelul 9. Stilul de management al timpului disponibil

„PE RÂND"	„DEODATĂ"
Se ocupă de un singur lucru într-o perioadă de timp	Se ocupă de mai multe lucruri în aceeaşi perioadă de timp
Ierarhizează lucrurile după criterii specifice	Nu pune preţ pe ierarhizarea lucrurilor
Începe cu lucrurile cele mai grele sau laborioase	Începe cu lucrurile care i se par cele mai la îndemână
Se concentrează bine	Este repede distras de stimuli externi
Nu-şi întrerupe activitatea la care se concentrează	Se întrerupe de mai multe ori pentru diferite motive
Ia timpul în serios	Nu este preocupat de timp şi de termene
Pune preţ pe punctualitate	Nu pune preţ pe punctualitate, i se pare o problemă exagerată sau formalistă
Are atenţia îndreptată spre sarcină	Are atenţia îndreptată spre oameni
Acţionează conform unui plan prealabil	Nu are plan, acţionează după circumstanţe
Doreşte să nu fie deranjat	Nu se simte deranjat
Nu doreşte să amâne	Amână, „lasă pe mâine"
Se conformează uşor la reguli	Se simte constrâns de reguli

Dacă vrei să știi mai multe despre ce anume din viața ta te supune la presiunea timpului, despre acele zone din viața ta care te expun la stresul cauzat de presiunea timpului, te rog să aplici următoarea tehnică. În primul rând, te rog să împărți activitatea ta zilnică în mai multe secțiuni în funcție de scopul și conținutul lor, și vezi cât din timpul tău zilnic dedici fiecăreia dintre aceste secțiuni. Un model după care poți să identifici cum se distribuie timpul tău zilnic între diferitele activități îl poți găsi în Tabelul 10. Trece în dreptul fiecărei activități timpul pe care-l consumi în fiecare zi cu aceasta. După ce ai completat fiecare rubrică a tabelului, faci totalul pentru fiecare zi în parte și pentru fiecare activitate pentru o săptămână. Dacă rezultatul unei zile este mai mare de 24 de ore, înseamnă că tu consumi mai mult timp cât există într-o zi, cu alte cuvinte ești sub presiunea timpului. Dacă rezultatul este semnificativ mai mic de 24 de ore, asta ar însemna că ești relaxat în ceea ce privește timpul. Apoi poți să analizezi și timpul pe care îl consacri într-o săptămână întreagă unei activități și să le ierarhizezi în funcție de acest criteriu. Astfel, o să constați care activitate îți „fură" cel mai mult timp în general.

Tabelul 10. Structura timpului consumat pentru activitățile zilnice într-o săptămână

Activitatea (*în ore și jumătăți de oră*)	**Luni**	**Marți**	**Miercuri**	**Joi**	**Vineri**	**Sâmbătă**	**Duminică**	**Total timp într-o săptămână**
Munca/activitatea profesională sau productivă								
Transport la locul de muncă, la cumpărături, cunoscuți, distracție etc.								
Cumpărături de orice fel								

Activitatea (*în ore şi jumătăţi de oră*)	**Luni**	**Marţi**	**Miercuri**	**Joi**	**Vineri**	**Sâmbătă**	**Duminică**	**Total timp într-o săptămână**
Mâncare (pregătitul şi servitul mesei)								
Îngrijirea locuinţei şi spălarea de haine/lenjerie								
Familie (timp consacrat celor dragi)								
Copii (timp consacrat copiilor, dacă e cazul)								
Comunicare (cu cei cu care locuieşti sau cu alţii, direct, telefon, SMS, scrisori, e-mail etc.)								
Recreere/timp liber/sport/ dezvoltare personală								
Igienă personală şi aranjarea ţinutei								
Somn/odihnă								
Total								

Este uşor de înţeles că o gestionare mai bună a timpului personal aduce un orizont pozitiv tuturor problemelor existenţiale. A avea mai mult timp pentru tine însuţi, a te odihni mai bine, a-l folosi mai mult pentru recreere şi sport este reţeta cea mai la îndemână pentru a ne însenina propria existenţă.

Mai jos, redau câteva dintre modalităţile pe care le recomand ori de câte ori am ocazia pentru a face un management adecvat timpului personal:

– În fiecare dimineaţă sau cu o seară înainte, alocă-ţi câteva minute pentru a trece în revistă ceea ce vei face în ziua respectivă

și întreabă-te: Este totul atât de important? Pot să elimin ceva? Apoi fă o listă pentru ziua de mâine, doar pentru mâine și nu pentru o săptămână întreagă;

– Poți să gândești dacă stau în puterea ta aceste sarcini pe care le-ai setat pentru mâine? Ai nevoie de ajutorul cuiva? Poți să delegi unele din aceste sarcini altcuiva? Cui?
– Împarte ziua în două sau trei părți și pune activitățile pe care vrei să le faci în fiecare dintre aceste părți; de exemplu, eu obișnuiesc să-mi pun sarcinile cele mai importante sau stringente în prima parte a zilei, iar lucrurile secundare precum cumpărături, vizite, întâlniri cu prieteni, activități recreaționale etc.. în a doua jumătate a zilei; nu este o regulă generală, fiecare are stilul lui, dar îmi place să cred că trebuie să încep cu ceea ce este mai important pentru ca să am suficient timp înainte;
– Deci ierarhizează activitățile în funcție de prioritatea lor și alege cu care vrei să începi; cea care este mai la îndemână, cea care este cea mai grea, cea care nu suferă amânare etc.
– Gândește-te dacă ai tot ce-ți trebuie pentru împlinirea activităților listate pentru ziua respectivă;
– Nu uita să pui pe această listă a lucrurilor de făcut și timpul tău personal, timpul pentru relaxare, pentru o cafea cu un prieten, pentru o vizită la cineva cu care îți place să conversezi, pentru un film sau pentru o oră de fitness;
– Atunci când te simți copleșit sau ai emoții negative, oprește-te, ia notă de ce se întâmplă, nu te împinge de la spate, execută câteva exerciții de respirație și relaxare musculară, fă o analiză scurtă și lucidă și reconsideră timpul alocat activității, vezi dacă poți împărți activitatea în mai multe bucăți mici pe care să le poți eșalona în timpul care a mai rămas sau chiar pentru a doua zi; deci, dacă amâni ceva, setează o dată pentru ceea ce ai amânat; nu amâna niciodată ceva fără să-i dai un termen;
– Totuși, nu face din respectarea termenelor o chestiune de onoare, nu lega stima de sine de lucruri pe care nu le poți face; când ai probleme legate de timpul alocat rezolvării unor sarcini, deliberează cu calm și nu te lăsa frustrat și mâniat;

- Caută să eviți pe cât posibil iritarea și nervozitatea; gândește-te că atât problema, cât și soluția, cel puțin parțial, sunt la tine și caută să nu proiectezi pe alții lucruri care sunt de fapt în „grădina ta“;
- Învăță să spui „NU“ atunci când este rațional și justificat, imaginea ta nu este legată de a fi pe placul tuturor; spune „nu“ cu calm și oferă câteva explicații pentru refuzul tău;
- Evită cafeaua și zahărul în exces și bea multă apă, mai ales când te simți obosit și tracasat;
- Când te simți stresat, nu uita de exercițiile de respirație, de relaxare musculară și de *mindfulness*, cu mintea în prezent, clipă de clipă, care să-ți aducă calmul, să-ți curețe mintea de tot gunoiul zilnic și să rămâi senin;
- Întotdeauna încheie ziua oferindu-ți ceva, ceva care să-ți aducă un zâmbet pe față, o mică bucurie, o mică atenție, fii indulgent cu tine însuți, spune-ți vorbe frumoase;
- Și nu uita somnul, încheie totdeauna o zi cu un somn bun, privește somnul ca pe o activitate, încearcă să-i dai prioritate, somnul este modul prin care nu numai că te odihnești, dar îți resetezi mintea, învăța să te bucuri de somn, niciodată nu ești mai mult cu tine decât atunci când dormi.

2.7. ODIHNA ȘI SOMNUL

Odihna este un concept care se definește în opoziție cu oboseala. Atunci când simțim că suntem obosiți, de fapt organismul ne trimite un semnal că ar trebuie să ne oprim pentru că suntem în marginea epuizării resurselor energetice. Ea este un mesaj subiectiv, pentru că oboseala este resimțită numai pe plan psihologic fără să apară vreun semn fiziologic, organic, biologic. Astfel, senzația de oboseală apare înainte de a ne durea mușchii sau articulațiile, când facem o activitate fizică, și înainte de a nu ne mai putea concentra, când facem o activitate mintală. Prin acest semnal, organis-

+1 RÂND

mul se pune la adăpost de pagubele biologice ce le-ar putea produce o activitate dusă dincolo de anumite limite.

Sunt unii oameni care, în dorința de a performa, consumă cafea sau alte stimulente tocmai în rațiunea de a nu mai avea senzația de oboseală și, astfel, să poată desfășura o activitate intensă cât mai mult timp. Acesta este un lucru foarte dăunător. Mesajul meu este să lăsăm organismului intacte toate mecanismele prin care își apără integritatea.

Putem spune că, în măsura în care organismul uman are nevoie de activitate fizică, în aceeași măsură are nevoie și de odihnă și somn. A te odihni înseamnă pentru majoritatea dintre noi a te opri dintr-o activitate, cu alte cuvinte înseamnă a-ți trage sufletul, a-ți lua un repaus. Este ca și cum ai pune schimbătorul de viteză al mașinii tale „la punctul mort“, iar motorul este la relanti. Continuând cu această metaforă, când oprim și motorul, avem de-a face cu un alt fel de odihnă, somnul.

Mai putem conceptualiza odihna sau repausul ca o reacție opusă reacției la stres. Așa cum reacția la stres pune organismul în poziția de luptă și de adaptare față de adversitățile existenței, tot așa repausul ne pune în poziția de odihnă, de refacere a capacităților energetice și reactive.

Se descriu două tipuri de repaus: i) repausul conștient și ii) somnul. Repausul conștient este starea când corpul se odihnește, dar mintea rămâne trează, pe când în somn nici mintea, nici corpul nu sunt în stare de vigilență, respectiv individul și-a suspendat starea de veghe. În repaus, individul dobândește o stare subiectivă de relaxare, stare în care se produc diferite schimbări fiziologice printre care rărirea ritmului cardiac, scăderea presiunii arteriale, scăderea consumului de oxigen, rărirea respirațiilor, reducerea activității axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian, iar activitatea sistemului imunitar crește.

Repausul conștient sau odihna este un răspuns natural atunci când organismul se simte obosit. Prin odihnă oamenii încearcă să se relaxeze, să se recupereze după un efort sau să se reîncarce cu energie, atât fizică, cât și psihică. În timpul repausului, mintea

noastră călătorește, abilitățile noastre cognitive, precum atenția sau percepția, funcționează la un nivel scăzut, iar tonusul muscular se reduce, ceea ce face ca omul să caute o poziție confortabilă pentru această relaxare musculară, precum o poziție comodă în șezut, pe un scaun, sau culcat, pe un plan orizontal. În mod intenționat oamenii caută odihna după o perioadă de activitate intensă, solicitantă, care le-a generat senzația de oboseală sau de extenuare. De obicei, acest repaus conștient, cu mintea trează, se face în timpul zilei, în anumite momente când este posibil sau când a fost planificat. Unii oameni au ritualizat odihna, incluzând-o în programul zilnic, precum repausul de după masă când unii dintre noi au obiceiul să citească, să se uite la TV, să asculte muzică sau să mediteze la lucruri care le fac plăcere. Există și o „odihnă activă", când se caută o relaxare și o recuperare a organismului prin activități plăcute precum plimbare, jocuri recreative care nu consumă energie, conversație cu persoane plăcute.

Mulți dintre noi au constatat că ne atrage somnul de după-amiază, deși este încetățenită ideea că doar leneșii dorm după-masă. Etica muncii își spune și aici cuvântul! Cu toate acestea, neurofiziologii au arătat că un somn de după-masă sau o „siestă", cum o mai numesc unii, nu este un lucru rău. Și împreună cu somnul de noapte, oamenii care dorm bine sunt mai sănătoși și mai longevivi decât cei care au un somn deficitar.

Antropologii au constatat că în culturile primitive timpul de odihnă și de repaus era foarte prețuit, dar mai apoi în epoca modernă, dominată de cultul muncii și al realizărilor personale, odihna și somnul de după-masă au căpătat eticheta peiorativă a lenei. Totuși, este cert că omul are nevoie de repaus și de somn pentru recăpătarea energiei, refacerea homeostaziei corpului și a capacității mintale. Astfel, în cazul în care constați că ai perioade când nu faci nimic sau ți-e somn pentru o scurtă perioadă după-masă, de exemplu 15-30 de minute, nu te critica, acesta este un timp câștigat pentru sănătatea ta.

Deși somnul este o parte naturală a vieții noastre, lucru care este considerat de la sine înțeles, sunt mulți oameni care, neavând

suficient timp pentru a face tot ceea ce își doresc într-o zi, decid să prelungească orele de activitate în detrimentul celor dedicate în mod natural pentru somn. Iată cum somnul devine rezerva de timp din care se poate lua ceva când ești în criză de timp. Aceasta nu trebuie să se întâmple și poate avea consecințe nefaste pentru sănătate fizică și psihică, pentru că o cantitate optimă de somn este o condiție esențială pentru sănătate și pentru o bătrânețe fericită.

Există o mare variabilitate în ceea ce privește cantitatea optimă de somn. Mulți experți consideră că nouă ore de somn reprezintă media necesară pentru a restaura la nivel normal funcțiile corporale și mintale. Mai puțin somn a fost asociat cu probleme de atenție, de memorie, de judecată și de luare a deciziilor, cât și cu probleme organice.

Se consideră că timpul de somn variază cu vârsta; astfel, un copil în vârstă de 3-5 ani doarme în medie 11-13 ore/zi, un copil de 5-11 ani doarme 9-11 ore/zi, un adolescent – între 9 și 10 ore/zi, iar adulții dorm în medie 7-8 ore/zi.

Lipsa somnului crește riscul de boli cardiovasculare, hipertensiune arterială etc. S-a mai demonstrat că lipsa somnului conduce la scăderea competenței sistemului imunitar. Dar chiar dacă individul doarme destul timp, importantă este și calitatea somnului pe care l-a avut. Se mai știe că somnul adițional de peste zi conduce la scăderea nevoii de somn în timpul nopții.

Somnul este important pentru procesele de creștere celulară, de restabilire a homeostaziei și cele de resetare a ritmurilor circadiene importante pentru echilibrul hormonal. De asemenea, este important pentru refacerea circuitelor nervoase prin încărcarea lor cu neuromediatori.

Există factori care perturbă somnul dintre care amintim factorii ambientali (zgomotul, lumina puternică) și factorii interni (nevoia de a urina, senzația de sete, durerea, anxietatea, depresia, boli bronho-pulmonare etc.).

Cu vârsta, se modifică modelul de somn. Pe de-o parte, apare tendința oamenilor în vârstă de a se culca repede seara și de a se scula mai devreme dimineața, fenomen care se numește „avansarea fazei de somn", și se pare că mai apare și o scădere a nevoii de somn,

dar oricum există o mare variabilitate de la individ la individ. Tot cu vârsta se mai reduc și latența somnului sau perioada de adormire, „somnul profund“ și somnul REM (*Rapid Eye Mouvement*), adică somnul în care visăm și în care se reorganizează circuitele nervoase, somn foarte important pentru menținerea în bune condiții a memoriei și a cogniției în general. Somnul REM este important și pentru că el determină dimineața, la trezire, senzația de bunăstare generală. Faza de somn REM este mai prelungită la copii decât la adulți, ceea ce poate explica de ce ei se trezesc veseli.

Din punctul de vedere al frecvenței undelor electromagnetice pe care activitatea neuronală le emite în timpul somnului, el este împărțit în două categorii: somnul REM și somnul non-REM. Somnul normal la oamenii adulți conține în jur de 75% somn non-REM și caracterizează prima fază a somnului, iar somnul REM este specific ultimei părți a somnului. Somnul REM este caracterizat de mișcările globilor oculari, de relaxarea musculaturii și de apariția viselor. După aceleași criterii neurofiziologice, somnul non-REM este împărțit în patru faze, primele două faze fiind numite și „somnul ușor“, iar fazele 3 și 4 sunt caracterizate de „somnul profund“, când undele cerebrale au frecvența cea mai lentă. În general, în timpul somnului omul schimbă faza somnului cam la 90-110 minute. Stadiul 1 non-REM este caracterizat de unde teta cu frecvența de 4-7 Hz, este timpul în care omul este somnolent sau somnoros, când este pe cale de a adormi și îi mai tresare un mușchi. Stadiul 2 non-REM este caracterizat de unde cu formă ascuțită cu frecvența între 12 și 16 Hz, este stadiul care dă 45-55% din somnul total. Stadiul 3 este asociat cu unde delta de 0,5-4 Hz, considerate ca faza cu somn adânc, când un om poate fi somnambul, poate vorbi sau poate să urineze în somn. Stadiul 4 este caracterizat de o perioadă de timp când undele delta cuprind mai mult de 50% din totalul activității cerebrale și când somnul este cel mai profund. Studiile asupra somnului au arătat că, atunci când ciclurile somnului se derulează normal, somnul este odihnitor.

Perturbări de lungă durată ale ciclului somnului pot conduce la probleme fizice și tulburări psihologice precum oboseală,

nervozitate, impulsivitate, tulburări de concentrare, tulburări de memorie, greutate în luarea deciziilor.

Există o serie de factori externi care pot perturba ciclurile somnului, precum apneea de noapte, problemă pe care o au mulți oameni hiperponderali ale căror căi aeriene superioare se obstruează în timpul somnului, perturbând fluxul aerului spre plămâni și drumul oxigenului spre sânge, cu acumularea în sânge a dioxidului de carbon; astfel, după o perioadă de apnee, brusc apare o inspirație prelungită cu creșterea vigilității și trezire din somn după care somnul se reia cu întreruperi de acest fel. Această problemă pune o sarcină suplimentară pe aparatul cardio-circulator și, pe termen lung, poate duce la insuficiență cardiacă. Se mai descriu tulburări de somn și insomnii rebele la oamenii cu boli anxioase sau la cei cu consum cronic de alcool.

Ce modificări ale somnului se petrec odată cu înaintarea în vârstă? În primul rând, calitatea somnului scade din cauza reducerii cantității de somn profund (stadiile 3 și 4 ale somnului non-REM) și creșterii cantității de somn superficial (stadiul 2 al somnului non-REM). Aceste modificări ale structurii somnului, resimțite ulterior și în senzația de neodihnă de dimineață, încep cam pe la mijlocul vieții și se accentuează treptat cu vârsta. Alte modificări, mai puțin frecvente și caracteristice doar persoanelor de peste 65 de ani, sunt inversarea ciclului veghe-somn, cu necesitate de somn ziua și vigilență noaptea, sforăitul ca expresie a apneei nocturne, somnul întrerupt din cauza necesității de urinare sau a durerilor articulare date de osteoporoză sau așa-zisa boală a picioarelor neliniștite, tulburare caracterizată de impulsul neîntrerupt de a mișcă picioarele în căutarea unor poziții relaxante. La acestea se mai pot adăuga insomniile date de stările anxioase, consumul exagerat de alcool sau anumite medicamente precum antidepresivele sau beta-blocantele.

Un somn de calitate se obține la orice vârstă respectând o serie de reguli care împreună reprezintă „*igiena somnului*“. Așa cum avem o igienă corporală sau o igienă a minții, trebuie să luăm în considerare și o igienă a somnului. Regulile cuprinse în igiena somnului pornesc în special de la ideea că organismul trebuie să intre

în starea de somn printr-o ritualizare a practicilor de viață apropiate orei de somn și care să garanteze ca input-ul senzorial, care menține starea de vigilență, scade treptat, inducând minții noastre starea de calm și relaxare care să-i permită să facă declicul de la veghe la somn. Igiena somnului mai presupune și construirea unei zone a somnului care este patul și camera în care se află. De aceea, se recomandă ca zona aceasta să fie respectată ca atare și să nu se desfășoare alte activități decât cele legate de odihnă, repaus și somn, iar somnul trebuie privit ca o plăcere. Iată câte ceva dintre regulile de igienă a somnului:

- Aranjează-ți camera de dormit cât mai plăcut, decoreaz-o simplu, folosește culori liniștitoare, nu prea luminoase, dar nici prea închise; nu trebuie să fie încărcată cu mobile sau lucruri inutile; camera de dormit este camera ta privată și nu cea pe care să o arăți musafirilor;
- Este bine să ai un pat suficient de lat cu o saltea dreaptă și destul de fermă;
- Izolează camera de dormit de zgomotele traficului sau ale vecinilor;
- Utilizează o lumină de intensitate mică și locală;
- Este bine să muți televizorul din camera de dormit, dar poți să lași radioul;
- Începe să reduci activitățile excitante, iritante, cu ceva timp înainte de ora de culcare, aceasta înseamnă să reduci input-ul senzorial și, astfel, stimularea corticală;
- Nu lua masa târziu și nu mânca mult sau prea greu seara, termină masa cu cel puțin două ore înainte de a te băga în pat;
- Nu consuma băuturi alcoolice, cafea sau ceai înainte de a te culca;
- Evită certurile sau disputele directe sau la telefon înainte de culcare;
- Înainte de ora de culcare, încearcă să te plimbi puțin pe afară;
- Când te întorci acasă, începe prin a aerisi camera de culcare și adu temperatura ei la punctul de confort termic, oricum, să nu fie prea cald;

- continuă apoi prin a-ți face toaleta de seară care să cuprindă și o baie caldă;
- poartă o pijama largă și confortabilă, care să-ți păstreze căldura corpului constantă și să nu te jeneze când te miști în pat;
- ia în considerație faptul că somnul cel mai odihnitor este cel care începe înainte de miezul nopții, așa că bagă-te în pat la o oră rezonabilă;
- cel mai bine este să te bagi în pat în fiecare seară cam la aceeași oră;
- ia cu tine în pat o carte, o revistă ilustrată, ceva ușor de citit;
- poți să ții radioul deschis la un post cu muzică relaxantă, calmă;
- încearcă să reduci input-ul senzorial treptat, adică lumina, sunetele, conversațiile, muzica, orice ar fi stimulant și apoi stinge lumina;
- adoptă poziția cea mai potrivită pentru tine, lasă mușchii relaxați, respiră rar și lasă-te pe saltea cu toată greutatea, găsește poziția în care corpul tău să aibă contact pe toată suprafața cu salteaua patului;
- nu-ți face planuri pentru a doua zi, nu inventaria ziua care a trecut, lasă toate grijile și frustrările deoparte, lasă mintea să zboare, mai bine spune-ți o poveste care să înceapă cu „ce ar fi dacă...“;
- Pe timpul somnului, dacă trebuie să te duci la baie, nu aprinde lumina, încearcă să te duci și să-ți rezolvi problemele fiziologice pe întuneric sau la o lumină albastră de noapte pe care poți să o plasezi în hol și în baie;
- Nu te ridica din pat și nu te uita cât este ceasul dacă se întrerupe somnul; așază-te din nou într-o poziție confortabilă, relaxează mușchii, lasă-te greu pe pat și spune-ți o poveste care să nu aibă sens, să corespundă cât mai puțin cu realitatea și dormi...

PARTEA A IV-A
Bătrânețea de succes sau cum să îmbătrânim frumos

Este vorba despre cum vreau să îmbătrânesc și unde vreau să ajung odată cu trecerea anilor.

1. Ce este bătrânețea de succes

Indiferent dacă suntem tineri sau bătrâni, nu se poate să nu ne gândim la bătrânețea noastră. Ce fel de bătrânețe am vrea să avem? Cum am denumi într-un singur cuvânt bătrânețea pe care dorim să o trăim? De cele mai mult ori, auzim în limbajul comun eticheta de „bătrânețe fără griji". Dar ce griji aduce bătrânețea? Fiecare ar răspunde în felul lui la aceste întrebări și aceasta arată cât de diverse sunt părerile și interpretările pe care noi le dăm procesului de „bătrânețe". Carl Jung, celebrul psiholog elvețian, discipol al lui Freud, spunea: *„În mod cert, ființa umană nu ar ajunge la 70 sau 80 de ani dacă această longevitate nu ar însemna ceva pentru specia noastră. După-amiaza vieții umane trebuie să aibă și o altă semnificație și nu doar un apendice al dimineții vieții umane*".

Am putea spune că mulți dintre noi sunt de acord că la bătrânețe ar fi vorba de o deteriorare, de o denivelare și chiar pierdere a unor capacități psiho-fizice, proces care este trăit cu povara pe care o aduce bătrânețea. Mai mult, unii văd bătrânețea chiar ca o „boală" sau „dizabilitate", din cauza reducerii drastice a funcționării și a autonomiei individuale.

Cu multe secole în urmă, Aristotel (384-322 î.Hr.), în „*Retorica*", descria bătrânii în felul următor: *„Bătrânii au trăit mulți ani... adesea au făcut greșeli și au constatat că viața ca întreg este o problemă grea. Rezultatul este că nu sunt siguri de nimic, ci doar pe jumătate. De aceea au ezitări; ei întotdeauna adaugă o posibilitate sau un „poate" și niciodată o certitudine. Ei sunt cinici, adică aleg alternativa cea mai rea la orice. Mai mult,*

experiențele lor i-au făcut să fie neîncrezători și suspicioși... ei anticipează mereu pericolele... lor le lipsește încrederea în viitor... ei trăiesc bazându-se mai mult pe trecut decât pe speranță...". Această viziune a condus la împingerea bătrânilor la marginea societății și la apariția teoriei dezangajării care a dominat secolul XX, teorie care vedea bătrânețea ca o retragere a bătrânilor din activitatea productivă și din rolurile sociale ca rezultat la declinului funcțional. Cu toate acestea, se poate spune că „*am văzut și bătrâni fericiți*!"

Există mulți oameni în vârstă care sunt activi, care sunt mulțumiți de calitatea vieții lor, care sunt senini, care au simțul umorului și care participă plenar la viața socială în diferite feluri. Încă din Antichitate, Cicero (106-43 î.Hr.), în „*De Senectute*", vorbea de bătrânețe ca de o parte a vieții în care omul dobândește alte calități precum virtutea și înțelepciunea. El spunea că „*bătrânii își pot menține intelectul în bune condiții dacă își păstrează mintea activă și pe deplin angajată*" și, cu umor, mai adaugă: „*Niciodată nu am văzut un bătrân care să fi uitat unde a pus banii*". Pentru el, bătrânețea este un fenomen variabil și plastic care oferă o demonstrație evidentă asupra puterii minții în construirea unei imagini pozitive a oamenilor bătrâni. Cicero dă minții rolul principal în dobândirea unei bătrâneți frumoase, afirmă rolul corpului în determinarea neplăcerilor legate de creșterea în vârstă și adaugă: „*Nimic nu este mai distructiv în mod direct pentru un om decât urmărirea plăcerilor corpului*". Cicero este primul care introduce diferența dintre bătrânețea „*normală*" și „*bătrânețea ca boală*", subliniind că nu trebuie să se confunde bătrânețea cu boala. După el, ideea că pierderea memoriei este un fenomen general la bătrânețe este greșită, pierderea memoriei este doar un proces selectiv, omul bătrân uitând doar acele fapte și abilități de care nu mai este interesat și păstrându-le pe cele de care are nevoie în viața de zi cu zi. Astfel, frica de bătrânețe se poate transforma în sentimente de armonie și satisfacție.

În ultimele decenii ale secolului XX, sub influența creșterii longevității și a rezultatelor medicinei în prevenirea și tratarea

bolilor contigente bătrâneții, teoria dezangajării a fost treptat înlocuită de „*teoria continuității*“, care vede bătrânețea pe un continuum al vieții, de unde tendința oamenilor de a duce mai departe la bătrânețe activități ce pot fi de folos pentru ei și alții, și mai apoi „*teoria activității*“, care presupunea angajarea la bătrânețe în activități sociale și productive. În final, s-a ajuns la teoria dominantă actuală care vorbește de „*bătrânețea de succes*“. Acesta ar fi răspunsul pe care l-am putea formula la întrebarea pe care am pus-o la începutul acestui capitol: „*Ce fel de bătrânețe vrem să avem?*“, „*Cum am denumi-o*?“.

Despre bătrânețea de succes vreau să vorbesc la sfârșitul acestei cărți, pentru că bătrânețea de succes este scopul pe care trebuie să ni-l setăm cu mai mulți ani înainte de a ajunge bătrâni și tot ce am prezentat în această carte nu este altceva decât diferite „rețete“ pentru a ajunge la o bătrânețe de succes. Conform opiniei actuale, oamenii de astăzi, cei care au ajuns la vârste venerabile, centenarii de exemplu, reprezintă prototipul bătrâneții de succes.

După cum am afirmat mai sus, secole de-a rândul privirea dominantă asupra bătrâneții a fost cea care o asimila cu o boală, cu o infirmitate. Această concepție venea din modelul medical care căuta să distingă între ceea ce este normal și ceea ce este patologic, iar bătrânețea era considerată ca fiind determinată de factori intrinseci ei, de natură genetică, care conduc la boală odată cu înaintarea în vârstă. Astfel, creșterea riscurilor pentru boli și dizabilități odată cu trecerea anilor este un proces inevitabil, intrinsec procesului de avansare în vârstă, fiind determinat genetic. Bătrânii și problemele lor erau văzute ca fiind de competența medicinei! Au trecut multe decenii până când s-a constatat că problema apariției bolilor la vârsta înaintată depinde mai mult de factori extrinseci bătrâneții, precum sedentarismul sau alimentațiea defectuoasă, decât de factorii genetici. Cele mai puternice argumente vin din studiile pe gemeni. Astfel, un studiu suedez, făcut pe 300 de perechi de gemeni cu vârste de peste 66 de ani, a arătat că cu cât îmbătrâneau, cu atât mai mult destinul biologic al gemenilor din perechile studiate era mai diferit. Dacă sănătatea la bătrânețe ar fi determinată genetic, atunci

fiecare pereche de gemeni ar avea același risc de boală într-un anume punct al vieții lor. Dacă există diferențe în sănătatea fiecăruia dintre gemeni, atunci este rezonabil să gândim că această diferență este făcută de mediul exterior, deci de factori extrinseci și nu de genetică. Acești factori externi, de mediu, se acumulează diferit pentru fiecare dintre noi de-a lungul vieții și ne influențează sănătatea la vârsta înaintată. Un alt studiu suedez, făcut de data aceasta pe 21.004 de perechi de gemeni, a arătat că, înainte de 55 de ani, probabilitatea de a face boli coronariene la ambii gemeni este mai mare de opt ori decât probabilitatea față de aceeași boală după vârsta de 55 de ani. Cu cât gemenii înaintează în vârstă, cu atât ei se depărtează de probabilitatea de a face aceeași boală, pentru că, la bătrânețe ceea ce contează este cât de mult s-au acumulat factorii de mediu, deci factorii extrinseci bătrâneții, și nu cei genetici, intrinseci bătrâneții, și astfel fiecare geamăn va face ceea ce factorii de mediu determină.

Alte studii au arătat că factorii de mediu, precum obezitatea și activitatea fizică redusă, sunt cei care determină în mai mare măsură creșterea sensibilității la glucoză și deci riscul coronarian, la oamenii în vârstă, comparativ cu factorii genetici, precum predispoziția familială. S-a demonstrat astfel că, odată cu vârsta, influența factorilor genetici descrește în favoarea influenței factorilor de mediu. Pe fundalul acestor evidențe a apărut conceptul de bătrânețe de succes!

Modelul vechi, medical, al bătrâneții se focaliza pe procesul de pierdere și declin fiziologic și medicul era actorul principal. Dacă erai bătrân, toate speranțele tale erau legate de un medic bun. Conceptul de bătrânețe de succes se bazează pe viața subiectului și a mediului în care trăiește, pe capacitățile lui și, astfel, modelul redă subiectului puterea, decizia și abilitatea de a acționa pentru el însuși și prin el însuși atunci când este bătrân.

Ce este bătrânețea de succes? Acest termen este vechi, de prin anii 1960, dar interesul actual este determinat în special de faptul că alăturarea cuvântului „succes“ la cel de „bătrânețe“ atrage după ea rolul pe care îl are subiectul în felul cum îmbătrânește. La prima vedere, ar părea o contradicție între cei doi termeni, bătrânețea

având ca și conotație declinul și pierderea, iar succesul însemnând mai mult reușita și câștigul.

Când pot spune că bătrânețea mea este un succes? Există mai multe criterii după care poți defini succesul la bătrânețe și pe care le voi discuta mai jos, dar acum vreau doar să spun că termenul de, succes, aduce în discuție faptul că noi participăm la crearea propriei bătrâneți. Noi nu mai suntem spectatorii pasivi ai apariției bătrâneții și, astfel, această terminologie deschide posibilitatea așteptării unei bătrâneți dincolo de ce înțelegeam în mod uzual.

Conceptul de bătrânețe de succes are astăzi o mare răspândire în discursul public contemporan și a început să înlocuiască alți termeni precum bătrânețe activă, bătrânețe pozitivă, bătrânețe sănătoasă sau bătrânețe optimă. Conceptul își are rădăcina în studiul asupra bătrâneții al Fundației MacArthur din Statele Unite, studiu care s-a desfășurat între 1984 și 1993 și a cuprins strădania a 16 cunoscuți cercetători din domenii diferite. Scopul declarat al studiului a fost de a găsi alte fundații decât cele biomedicale pentru definirea bătrâneții. Pe baza rezultatelor acestui studiu, în anul 1997, Rowe și Kahn, doi cercetători de la Facultatea de Medicină Mount Sinai din New York, spun că pierderile aduse de bătrânețe au fost exagerate și efectele dietei, ale exercițiului fizic, ale obiceiurilor personale și ale factorilor psihosociali au fost subestimați. După ei, atunci când se vorbește de bătrânețe, trebuie făcută distincția dintre bătrânețea „*uzuală*“, când factorii de mediu joacă un rol negativ asupra bătrâneții, și cea de „*succes*“ când factorii extrinseci, factorii de mediu joacă un rol neutru sau pozitiv. Pentru a fi mai explicit, în cazul bătrâneții uzuale, factorii de mediu, precum un stil defectuos de viață, consumul de alcool și dulciuri, sedentarismul, dieta bogată în grăsimi, conduc la boli care sunt contigente cu bătrânețea și o transformă într-o dizabilitate. Când vorbim de o bătrânețe de succes, factorii de mediu sunt de altă factură, precum exerciții fizice, dietă adecvată, activitate fizică și intelectuală, relații sociale variate etc. și ei se constituie în factori protectivi.

Prin introducerea conceptului de bătrânețe de succes, Rowe și Kahn au dorit să arate că oamenii au potențialul de a evita declinul

la bătrânețe prin menținerea și îmbunătățirea din timp a sănătății lor, printr-un stil de viață sănătos, dietă și exercițiu fizic. Această viziune a schimbat focusul în abordarea bătrâneții, de la boală la prevenție, de la medic la individul în cauză, individ care a devenit astfel împuternicit să urmeze un curs al vieții care să îl ducă la o bătrânețe lipsită de boli, să prelungească buna funcționare și să îl facă să devină mai puțin dependent de îngrijirile familiei sau ale instituțiilor de bătrâni. Succes înseamnă aici că focusul este situat pe factori din afara instituțiilor medicale, pe faptul că bătrânețea nu mai are nevoie de doctori. Îmi place să citez aici câteva vorbe ale lui Marcel Proust, celebru scriitor francez: *„Adevărata călătorie a descoperirii constă nu în a căuta noi peisaje, ci în a privi cu alți ochi“*.

Rowe și Kahn au formulat trei criterii pentru a avea o bătrânețe de succes:

1. absența bolilor și a dizabilităților, precum și a riscului pentru acestea;
2. nivel înalt de funcționare fizică și cognitivă;
3. perseverare în activități productive și sociale, ceea ce presupune: i) relații interpersonale (contacte și tranzacții cu alții, schimburi de informații, suport emoțional, ajutor direct) și ii) activitate productivă (activitate care creează valoare, indiferent dacă este plătită sau nu).

Studiul MacArthur a mai identificat și factorii care prezic o bătrânețe de succes. Există trei feluri de predictori:

1. predictori ai funcționării cognitive: educația a fost predictorul care s-a corelat cel mai mult cu funcționarea cognitivă, ca și activitatea intelectuală de lung parcurs (citit, cuvinte încrucișate, scris, jocuri cu cuvinte etc.); apoi fluxul pulmonar expirator mare, activitatea fizică intensă în zona casei sau exerciții fizice anaerobe, și o trăsătură de personalitate numită „autoeficiență“, ceea ce înseamnă credința în capacitățile proprii de a organiza și executa acțiunea cerută pentru o situație dată;
2. predictori ai funcționării fizice: obezitatea, hipertensiunea arterială, venitul scăzut (sărăcia) și activitate fizică scăzută sunt predictori negativi ai funcționării fizice;

3. Angajamentul continuu în viață, care are două componente:
   – relațiile sociale: izolarea și lipsa contactului cu alții au fost predictori ai mordibității și ai mortalității; rețeaua socială a fost un determinant al longevității dacă oferă două feluri de suport: i) socio-emoțional (expresia afecțiunii, respect și bunătate) și ii) instrumental (ajutor direct, ajutor în gospodărie, transport, ajutor bănesc);
   – activitatea productivă, care presupune rămânerea în activitate în înțeles larg, cu aducerea unei contribuții lucrative, economice sau ajutorarea altora.

Această construcție a bătrâneții de succes a fost făcută de profesioniști, dar a fost criticată că nu a luat în calcul părerea celor în cauză, a bătrânilor. Un studiu britanic a întrebat peste 900 de bătrâni dacă ei gândesc că vor avea o bătrânețe de succes. Jumătate dintre ei au fost puternic de acord că vor avea o bătrânețe de succes, comparativ cu doar 19% din studiul MacArthur, adică risc scăzut de boală, nivel crescut de funcționare fizică și cognitivă și angajament în viață. Deși absența bolilor cronice și menținerea funcționării au fost pozitiv asociate cu bătrânețea de succes, mulți participanți cu boli cronice au considerat totuși că au o bătrânețe bună. Sentimentul de bătrânețe de succes a fost asociat cel mai frecvent cu sentimentul de bunăstare, deci absența bolii nu face parte din această definiție pentru multe dintre persoanele în vârstă. Alt studiu a cuprins 22 de bătrâni care au fost întrebați despre percepția lor asupra sănătății. Pentru aceștia, sănătatea bună are legătură redusă cu funcționarea fizică sau mintală, ci mai curând cu ceea ce fac ei pentru viața lor. Aici ei au inclus activități cu valoare personală, precum activități sociale, călătorii, lectură, treburi gospodărești, pescuit, înot, activități creative. Cu toate acestea, ei recunosc că, pentru aceste activități, trebuie să existe resurse interne sau externe, printre care și sănătate fizică și psihică. Un alt studiu, olandez de data aceasta, a intervievat 27 de bătrâni de peste 85 de ani care au arătat că definiția bătrâneții de succes pentru ei înseamnă mai mult adaptare decât starea fizică. În general, ei au prețuit mai mult bunăstarea și funcționarea socială decât funcționarea fizică și cognitivă.

În general, toate studiile întreprinse au evidențiat că, pentru oamenii în vârstă, nu există o singură definiție a sănătății de succes și a fost foarte greu de găsit un singur criteriu obiectiv. Ceea ce este „succes“ diferă foarte mult de la om la om. Se poate spune că a îmbătrâni cu succes depinde de valorile personale ale fiecăruia, de scopul propriu, de contextul în care se trăiește, însă privit în ansamblu, luând în calcul toți determinanții sănătății și ai longevității, criteriile sănătății de succes, așa cum au fost stabilite de către gerontologi, sunt valabile pentru fiecare dintre noi. Cred că, după ce ai citit toate acestea, vei fi de acord să gândești că ceea ce ți-ai dori la bătrânețe este ca ea să fie de succes.

2. Strategiile pentru o bătrânețea de succes

Tot ce ai citit până acum în această carte nu sunt reprezintă decât rețete pentru o bătrânețe de succes. A avea grijă de corpul și mintea ta nu înseamnă altceva decât a menține la un înalt nivel funcționarea fizică și cognitivă cât mai mult timp în viață, criteriu de bază al bătrâneții de succes. La fel, exercițiile fizice aerobice și dietele recomandate în această carte sunt cele care te vor ține departe de riscurile pentru boli și dizabilități. Toate aceste recomandări pot fi subsumate tacticilor pe care le vei folosi ca să-ți îndeplinești scopul: o bătrânețe fericită. Dar aceste tactici și stilul tău de viață pot fi puse împreună într-un program care să reprezinte strategia ta, care te conduce la o bătrânețe de succes. Iată mai jos câteva dintre elementele care ar putea fi conținute în strategia pentru o bătrânețe fericită.

2.1. PREVENȚIA

Aici vorbim de acele metode pe care să le pui în practică pentru a opri apariția și dezvoltarea unor probleme cu efect negativ asupra sănătății tale fizice și psihice și asupra bunăstării personale. În general, prevenția ține cont atât de resursele și abilitățile individuale, cât și de identificarea și utilizarea altor resurse aflate în afara ta, de obicei în posesia persoanelor apropiate cărora le

poți solicita ajutorul sau a altora aflate în comunitate, acolo unde tu poți identifica programe, instituții și tot felul de facilități care pot fi înrolate în strategia ta de prevenție a problemelor personale.

În general, prevenția problemelor legate de procesul de îmbătrânire se adresează următoarelor domenii:

2.1.1. Prevenirea problemelor predictibile

Aceasta presupune un proces de identificare a problemelor probabile pe care tu le poți anticipa ca putând să apară în viitor. În această anticipare te bazezi atât pe inventarul propriilor capacități și rezerve funcționale, cât și pe contextul în care se presupune că vei trăi, la care mai adaugi și evaluarea generală a evenimentelor pe care crezi că le vei întâlni și cărora le vei face față în spațiul cultural în care trăiești. Acest domeniu mai poate avea înțelesul de prevenire a riscurilor, știind, din descrierile de mai sus, că o bătrânețe de succes presupune reducerea gradului de risc pentru sănătate și pentru funcționare.

2.1.2. Protecția condiției existente de sănătate și de funcționare

Protecția condiției existente de sănătate și de funcționare (cognitivă, emoțională și fizică) presupune capacitatea de autocunoaștere exactă a stării de sănătate, a abilităților și rezervelor funcționale și întreprinderea acelor măsuri pentru păstrarea lor intactă prin informare și învățarea de metode adecvate și prin metode de stimulare și antrenament care să le mențină performante. Mai înseamnă să faci un inventar exact al capacităților tale cognitive și fizice fără să te amăgești și pe care vrei să le păstrezi, ba chiar să le „upgradezi“ din când în când.

2.1.3. Promovarea stărilor dezirabile

Fiecare dintre noi are așa-zisele „părți bune“, adică acele cunoștințe și capacități la care apelăm ca să ne simțim bine sau dacă vrem să atingem un scop. Unii dintre noi au abilități fizice și practică diferite sporturi în mod recreațional, alții sunt cititori avizi care petrec multe ore pe zi cu cartea în mână și așa mai departe. Aceste lucruri sunt mai mult decât plăceri, ele fac parte din stilul nostru de viață. Ei bine, tocmai stilul de viață este cel care ne poate ajuta sau ne poate pune la risc. Cu vârsta, de multe ori asistăm la un proces de pierdere motivațională, de restrângere a relațiilor cu ceilalți, de defetism, ce se manifestă prin afirmații ca: „Și ce dacă?“ sau „Ce contează?“, care trădează, de fapt, procesul de dezangajare pe care cei bătrâni îl trăiesc în societatea noastră ageistă, cât și atitudinile și percepțiile pe care le avem despre propria îmbătrânire și despre bătrânețe în general. Îndemnul meu este ca tu să menții ceea ce ai câștigat odată, să continui să-ți dezvolți „stările optimale“, acele preocupări și activități care îți fac plăcere, în care te simți performant, hobby-uri, obiceiuri, rutine, mai ales cele pe care le poți subsuma stimulării cognitive și menținerii capacității fizice. Orice pas înapoi, orice renunțare reprezintă o pierdere mai mare decât s-ar părea la început. De aceea, identifică aceste stări „dezirabile“ de lung parcurs și ține-le în viață, încorporează-le în stilul tău de viață.

2.1.4. Promovarea condițiilor pentru o bătrânețe de succes

Este bine să-ți amintești mereu cele trei condiții ale bătrâneții de succes: lipsa bolilor, a dizabilităților și a riscurilor pentru acestea, funcționarea cognitivă și fizică bună și implicarea în viață, respectiv relații sociale semnificative și activitate productivă. În urmărirea acestor criterii, trebuie să începi cu mult înainte de a te considera bătrân. Cu cât vei face acest lucru mai devreme, cu atât

mai bine vei intra în „definiția" de mai sus. Trebuie să-ți amintești că tu ești „agentul" propriei bătrâneți de succes, nu poate nimeni să ți-o aducă, nimeni nu poate face asta în numele tău, tu ești atât „broker-ul" sau „avocatul" tău, cât și „clientul" tău. Cu alte cuvinte, tu ești atât cel care aranjează, organizează, planifică și aduce mai aproape lucrurile de care ai nevoie și care ți le apără, cât și cel care le folosește. Îți aduc aminte cuvintele care spun că tu ești cel chemat să pui viață în anii care vor urma. Și aici informarea, învățarea, antrenamentul și stimularea reprezintă rețeta de urmat.

Valabil pentru toate aceste patru paliere ale prevenției mai este și modelul și tehnica *„Selectează, Optimizează și Compensează"*. Conform acestui model, bătrânețea este conceptualizată ca o balanță între pierderi și câștiguri, iar bătrânețea de succes este un proces de adaptare prin strategii de selecție, optimizare și compensare. Persoanele în vârsta utilizează aceste componente pentru a-și atinge scopurile, iar acesta este un proces dinamic de adaptare, unic și caracteristic bătrâneții, datorită declinului biologic, mintal, social și funcțional. Selecția se referă la identificarea domeniilor și a activităților care sunt valoroase pentru viața individului și selectarea lor pe baza priorităților de moment. Optimizarea se referă la angajarea în comportamente prin optimizarea resurselor existente care să faciliteze succesul în domeniile selectate. Compensarea se referă la utilizarea de strategii alternative care să compenseze deficitele sau pierderile de funcționare și capacitate personală, precum și accentuarea celor existente sau utilizarea acestora în mod creativ și alternativ pentru a atinge scopul. De exemplu, o femeie de 75 de ani, care are de înfruntat diferite bariere și obstacole în realizarea plenară a vieții ei, se gândește care ar fi domeniile sau activitățile esențiale pentru ea la vârsta pe care o are și la care dintre ele ar putea renunța, pentru că nu mai are capacitatea de a le gestiona pe toate. Astfel, ea selectează activitățile de gospodărie de zi cu zi, cele legate de îngrijirea sănătății fizice (gimnastică, plimbări), cele legate de relațiile și comunicarea cu prietenii, pentru a nu se simți singură, și cele legate de transport. A renunțat să mai meargă pe bicicletă, să se uite la TV, să gătească mâncăruri laborioase, să mai

facă singură curat prin casă. În schimb, se gândește să optimizeze activitățile alese astfel încât să fie cât mai performantă, să gătească mâncăruri ușoare, să consume cât mai multe lactate, legume și fructe, să facă mai multă mișcare, să citească, să se întâlnească cu prietenii și să dea cât mai mult telefoane pentru ca astfel să converseze cu cât mai multă lume. În schimb, mai bine apelează la cineva pentru curățenia în casă sau se gândește chiar să se mute într-un apartament mai mic. Abandonarea anumitor activități înseamnă mai mult timp pentru altele, iar unele activități care sunt imperios necesare le va putea face într-un mod mai simplu, mai economicos și chiar mai sănătos.

2.2. PROMOVAREA ȘI PROTEJAREA CALITĂȚILOR INDIVIDUALE

Fiecare dintre noi trebuie să dezvolte în permanență o capacitate de autoevaluare critică a calităților pe care le posedă. Doar pe baza acestei evaluări critice, cât mai obiective, cineva poate să știe cu adevărat cât de bine stă cu privire la calitățile fizice, cognitive și emoționale. Desigur că există tendința de a ne iluziona comparându-ne cu alții care stau mai „prost", cu standarde fabricate de noi cu rostul de a ne mulțumi, după cum există și tendința de a ne găsi deficiențe sau lipsuri. Această autoevaluare trebuie să fie considerată ca un proces continuu, în mers, pentru că el trebuie să aprecieze adecvat nivelul existent în timp real și să identifice din faze timpurii orice modificare și cauzele acesteia și să facă corecturile necesare.

Când vorbim de calitățile individuale, trebuie să ne gândim în primul rând la acele trăsături sau caracteristici după care ne judecăm sănătatea, respectiv funcționarea fizică, cognitivă și emoțională. Trebuie să-ți amintesc că aceste calități reprezintă criteriile de bază ale bătrâneții de succes. Aceste caracteristici sunt:

1. greutatea corporală normală determinată mai ales cu ajutorul indicelui de masă corporală, despre care am vorbit în secțiunea a II-a a cărții;

2. calitățile fizice precum postura, echilibrul, mersul, capacitatea de efort și rezerva fizică, calități care pot fi evaluate prin supravegherea continuă a abilității de a păstra și restabili echilibrul în diferite exerciții sau activități, perimetrul de mers și de efort, respectiv distanța de mers sau de alergare la care frecvența respirației și cea cardiacă nu ajunge la limita tolerabilității, și capacitatea de recuperare fizică care se evaluează cu timpul în care frecvența respirației și cardiacă ajung la nivelurile de la începutul activități fizice;
3. calitățile cognitive care pot fi în atenția noastră ca indicatori ai funcționării adecvate ar fi capacitatea de memorare pe termen scurt sau memoria de lucru, frecvența lapsusurilor de memorie, capacitatea de a ne aminti nume proprii sau neologisme, capacitatea de a vorbi o limbă străină învățată cu ani în urmă, capacitatea de concentrare și menținere a atenției, capacitatea de anduranță cognitivă, adică cea de susținere neîntreruptă a unei sarcini intelectuale dificile, frecvența greșelilor (omisiuni sau inversări de litere) atunci când se editează un text la computer;
4. reglarea emoțională reprezintă modalitatea prin care o persoană își poate identifica și numi emoțiile ca apoi să poată dezvolta diferite strategii pentru a le gestiona în mod adaptativ, folositor persoanei și contextului în care aceasta trăiește. Această abilitate se subsumează capacității generale de autocontrol al persoanei și poate fi evaluată prin stabilitatea temporală și prin eficiența cu care o persoană poate pune în practică mijloacele naturale de gestionare a emoțiilor, respectiv selecția și modificarea situațiilor care declanșează emoții, deplasarea atenției de la stimuli emoționali negativi, modificarea semnificației stimului emoțional și modularea răspunsului emoțional. În general, un individ poate constata gradul de inadecvare a reglării emoționale pe baza hiperreactivității corporale la emoții (transpirații, roșeață, tremor, palpitații etc.), răspuns comportamental hipermetric precum irascibilitate, mânie, agresivitate verbală și fizică, sau incapacitatea de a descărca rapid impactul și răsunetul emoțional;

5. capacitatea de a face față dificultăților și reziliența sunt calitățile unei persoane de a avea resursele, mecanismele și strategiile de a găsi mijloacele adecvate pentru a depăși greutățile inerente ale existenței, ca și capacitatea persoanei de a fi puternică, de a se recupera după dificultăți și de a reveni mereu la starea inițială fără pierderi sau costuri semnificative, calități care se bazează pe existența mecanismelor mature de apărare și a abilității de a învăța din experiența personală și a altora (vezi Partea a III-a a cărții).

Păstrarea și dezvoltarea acestor calități de mai sus necesită un program pe care ar trebui să-l construiești din timp și care să cuprindă atât indicii sau criteriile prin care te evaluezi, cât și tehnicile pe care vrei să le aplici în acest scop. Și aici, ca și în alte părți din această carte, afirm că primul pas pe care trebuie să-l faci presupune informare, învățare și antrenament. Fără să te documentezi, să te informezi, să înveți cum se face un lucru și, apoi, fără un antrenament permanent, nu se poate desfășura un astfel de program. În secțiunile a II-a și a III-a ale cărții am trecut în revistă mai multe metode de a păstra corpul și mintea sănătoasă, iar în Tabelul 11 sunt prezentate în mod sintetic aceste metode în funcție de calitățile personale pe care dorim să le conservăm.

Tabelul 11. Metode de promovare și conservare a calităților personale.

Calitatea/abilitatea		**Metode de promovare și conservare**
Greutatea corporală	Kg	– Dieta hipocalorică, dieta mediteraneeană – Exercițiile fizice aerobice (mersul pe jos, pe bicicletă, înotul, gimnastica și dansul etc.)
	Indicele de masă corporală (IMC)	
Calități fizice (capacitate și rezervă fizică)	Postură	– Dieta antiinflamatorie – Exercițiile de elongație musculară – Exercițiile de echilibru – Exercițiile fizice aerobice (mersul pe jos, pe bicicletă, înotul, gimnastica și dansul etc.)
	Echilibru	
	Mers	
	Activitate fizică	

Calitatea/abilitatea		Metode de promovare şi conservare
Calităţi cognitive	Atenţie	– Dieta MIND, dieta mediteraneeană, – Exerciţiile fizice aerobice – Antrenamentul/stimularea cognitivă – Antrenamentul/stimularea memoriei – Controlul „minţii călătoare“
	Memorie	
	Cogniţie	
	Limbaj	
Reglare emoţională		– Ține mintea în prezent (observă, descrie, participă și nu judeca) – Tolerează realitatea (exerciţii de respiraţie şi relaxare musculară)

2.3. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII PSIHOSOCIALE

2.3.1. Optimismul

Optimismul este o trăsătură de care tu ai din ce în ce mai multă nevoie pe măsură ce anii se adună la vârstă. S-a constatat fără tăgadă că oamenii optimiști au o sănătate mai bună la bătrânețe și trăiesc mai mult. Dar ce este optimismul? Optimismul este speranţa combinată cu acțiunea. Optimismul este o trăsătură a sistemului nostru de credințe, este un mod de adaptare la o situaţie prin credinţa într-un anume rezultat al unei acţiuni orientate spre un scop. Rezultatul este o așteptare în direcţia celor dorite de individul optimist, rezultat care aparţine concepţiei mai largi a acestuia despre lumea în care vrea să fie. Într-un fel, optimismul este un fel de schemă cognitivă prin care individul crede cu putere într-un rezultat care se confundă cu dorinţa acestuia, este un fel de „fuziune“ între dorință și rezultatul anticipat, ele sunt unul și același lucru pentru optimist; odată ce a formulat o dorință, rezultatul pozitiv este imediat legat de acțiunea de împlinire a dorinţei. Din această cauză optimistul pare uneori naiv, dar de cele mai multe ori este invidiat

de ceilalți pentru modul pozitiv și încrederea pe care o are în a privi lucrurile. Optimismul conține în el și un stil explicativ prin care un individ crede că eșecul este doar temporar, iar nereușita nu poate fi din cauza lui. Astfel, optimismul nu conține premisele autocriticii, ale autoblamării, ale vinovăției și grijii, lucruri care în general ne trag în jos atunci când ne setăm un scop. Acest stil de interpretare a așteptărilor ajută subiectul să depășească stresul, să-și mobilizeze energiile într-un mod constructiv și adaptat rezultatului dorit. Se pare că optimismul face parte din trăsăturile de personalitate ale unui subiect și că mare parte din el este moștenit. Toate acestea nu înseamnă că optimismul este o cheie universală, el poate reprezenta o bună atitudine în multe situații, tot așa cum în altele poate apărea disproporționat și neadecvat. Ceea ce îți recomand eu este să cultivi optimismul și să-l folosești cu pricepere, mai ales atunci când apar gânduri negre, când pui un rezultat negativ în fața unei acțiuni pe care încă nu ai început-o sau atunci când gândurile te poartă în viitor.

O veste bună este că optimismul se poate învăța. Martin Seligman, un mare psiholog american, a studiat mai mult de 25 de ani optimismul și pesimismul, rezultatele acestor studii fiind publicate în cărți și reviste de specialitate. După el, învățarea optimismului începe cu înțelegerea modului cum gândește un pesimist. Un individ pesimist are un mod de gândire care s-ar putea schematiza în așa zisul model A-C-C: **a**nticiparea adversității (identifică mereu obstacole și bariere), **c**redința (crede în existența obstacolelor și le leagă de acțiuni și evenimente personale) și **c**onsecința (din cauza obstacolelor, consecințele acțiunilor lui vor fi negative). Seligman recomandă două acțiuni prin care acest model să fie neutralizat și, prin repetare, un individ poate ajunge să „învețe" să fie optimist. Prima acțiune ar fi „mutarea atenției", care presupune că, de fiecare dată când constați că emiți păreri, opinii și anticipări pesimiste, să spui în gând „Stop" și să-ți muți atenția către un alt lucru sau către o altă activitate. A doua acțiune ar fi „dezbaterea", care presupune să pui pe hârtie pe două coloane care ar fi dovezile, argumentele, criteriile după care rezultatul acțiunii tale ar fi negativ

și care fi dovezile, argumentele și criteriile care susțin că acțiunea ta va fi pozitivă. Apoi pune în aceeași propoziție un argument negativ și unul pozitiv și, astfel, obții un gând balansat. De exemplu, în mintea ta există dubiul dacă să te duci în concediu în anume loc pentru că gândești că a te duce în acel loc ar fi un fiasco. Fă lista cu „pro" și „contra" și apoi un gând balansat: *„Deși acest concediu este scump, mă voi duce pentru sănătatea mea, am nevoie de odihnă și de băile termale din acel loc*". Dezbaterea are scopul de a combate cu argumente simple și clare gândurile tale pesimiste și de a crea obiceiul de a nu lăsa astfel de gânduri să circule liber în mintea ta și să pună stăpânire pe ea prin griji și anticipări negative. Prin dezbatere, tu: i) vei identifica evidențele pentru un gând contrar, optimist, ii) vei găsi explicații alternative, iii) vei explora implicațiile credințelor pesimiste și iv) vei identifica cât de inutile și dăunătoare sunt predicțiile negative luate de bune, fără nicio bază rațională, ci doar „șoptite" de o minte îngrijorată și pesimistă.

2.3.2. Asertivitatea

Asertivitatea este un comportament care se situează între două extreme: agresivitate și pasivitate. Ea presupune ca tu să fii conștient de gândurile și sentimentele pe care le ai în fiecare situație și să le poți comunica altora deschis și onest, astfel încât să poți obține rezultatul dorit fără să atingi drepturile altora. De exemplu, dacă cineva te roagă să-i împrumuți mașina pentru trei zile, tu să poți să-i spui nu, astfel încât să nu ajungi la dispută și celălalt să înțeleagă criteriile după care ai respins această solicitare. A fi asertiv înseamnă să renunți la tendințele de autoblamare, de autoînfrângere sau abandonare în situații antagonice și să cultivi o atitudine de autorespect și control asupra propriilor tendințe și scopuri. Asta presupune să păstrezi stima de sine la cote adecvate în relații cu alții și să renunți la pasivitate, servilism, evitare, retragere sau, din contră, la ostilitate, impulsivitate, agresivitate față de alții din dorința de a te apăra.

Asertivitate înseamnă să stai și să acționezi adecvat în favoarea drepturilor proprii, în apărarea independenței și a autonomiei, fără să stingherești pe altcineva, fără să calci teritoriile altora. A fi asertiv înseamnă să stai drept și vizibil pe teritoriul propriu. Iată aici câteva idei pentru a exprima asertivitatea ta în situația în care ești în relație cu alții:

- Decide care este problema prezentă, în ce măsură situația este problematică în sensul că ar putea atinge relațiile, prestigiul, drepturile tale în concurență cu ale altora, stabilește care sunt scopul și dorința ta cu privire la rezultat și la felul de a o rezolva;
- Identifică poziția celorlalți în această problemă, care ar fi dorințele lor și felul lor de a acționa;
- Care ar fi barierele ce stau în fața modului tău de acțiune și de realizare a scopului, sunt persoane care ar fi deranjate, barate, rănite de acțiunea și scopul tău?
- Acestea îți provoacă sentimente de anxietate, pasivitate și comportament de evitare sau de retragere sau, din contră, îți provoacă sentimente de ostilitate, mânie și comportament impulsiv și agresiv?
- Poți privi situația din punctul altora de vedere? Poți comunica cu aceștia? Îi poți asculta?
- Îți poți susține punctul de vedere fără să jenezi, enervezi sau răni pe alții?
- Care sunt granițele dintre mine și alții, cum să le setez, cum să le respect? Care este dreptul meu și care este al altora? Este acesta evident doar pentru mine?
- Să recunoști sentimentele și gândurile tale și ale altora și să le poți controla și comunica;
- Să găsiți o soluție care să fie dezirabilă ambelor părți, să ai capacitatea de a spune nu, de a-ți apăra punctul de vedere cu criterii și evidențe, să construiești o balanță între cost și beneficiu;
- Să lași deschisă comunicarea cu cei implicați, indiferent de rezultat.

2.3.3. Dobândirea de noi experiențe

Cultivă-ți nevoia de a explora, de a căută noi experiențe, trăsătură care trebuie să facă parte din modalitatea ta de a cunoaște și a te adapta la lume. Căutarea de noi experiențe îți aduce cunoaștere și te provoacă să dezvolți noi abilități, noi deprinderi, capacitatea de a face față situațiilor și de a depăși crizele, într-un cuvânt, conduce la dezvoltarea personală. Acest proces nu se oprește niciodată și, astfel, și la bătrânețe este prezent. A ști ce este dincolo de o ușă închisă, curiozitatea de a vedea ce se ascunde dincolo de linia orizontului sunt caracteristice oricărei vârste, fac parte din experiența vieții de zi cu zi. Această experiență are la bază o stare activă a minții, o căutare a stimulării, a noutății, care întreţine o tendință de activism și căutare a senzațiilor noi care mențin motivația de căutare a plăcerii. La polul opus se află rutina, monotonia, stereotipia lucrurilor și a modurilor de a desfășura activitățile de zi cu zi, ceea ce înseamnă stagnare, pierderea motivației, plictiseală, oboseală, pierderea dimensiunii prospective, pierderea sensului devenirii, a timpului trăit și, în final, depresia.

Pentru explorarea și dobândirea de noi experiențe, este necesară o reeșalonare a activităților zilnice în vederea obținerii de timp liber de consacrat noilor experiențe. Gândește-te la un astfel de program prin care să-ți faci timp de căutare de noi experiențe, de cunoaștere și înnoire:

- Evaluează timpul petrecut cu rutine și cu ocupații profesionale și nonprofesionale;
- Inventariază-ți obiceiurile;
- Ierarhizează-le în funcţie de necesitatea lor, satisfacţia obținută, timpul consumat pentru ele;
- Formulează răspunsul la întrebări de tipul: Sunt toate necesare? Care din ele sunt mari consumatoare de timpul?
- Reeșalonează activitățile în funcție de prioritate și satisfacție și renunță la unele cu scopul de a obține timp pentru cele noi;
- Descoperă și planifică noi activități, cu noi înțelesuri, în funcție de curiozitate, plăcere, oportunități, educație, precum

călătorii, activități recreaționale, descoperirea de oameni noi, caută în comunitatea în care locuiești și chiar mai departe aceste oportunități; reține: ele te mențin tânăr, ele te țin în focusul altora, cu fiecare zi pe care o pierzi, mai pierzi ceva din viața ta!

2.4. PROMOVAREA RELAȚIILOR SOCIALE STRÂNSE

2.4.1. Rețeaua de suport social

Fiecare dintre noi dorește să fie independent și autonom, dar în același timp vrea să aparțină cuiva, să aibă prieteni și cunoscuți. Se poate spune că oamenii sunt făcuți pentru legături sociale; fără acestea, ei prezintă probleme psihologice și de sănătate în general. Nu este o exagerare când se afirmă că legăturile sociale sunt chiar un imperativ biologic. Oamenii bătrâni sunt chiar mai sensibili la lipsa relațiilor sociale. Ei doresc să aibă prieteni și să fie în conexiune cu lumea largă; tind însă să aibă legături omogene, cu oameni cu același statut ca al lor și, cu toate acestea, le place să aibă prieteni mai tineri. Chestionarea a sute de persoane în vârstă a arătat că relațiile sociale și activitatea socială sunt de cele mai multe ori apreciate de aceștia chiar mai mult decât sănătatea. De fapt, sănătatea nu poate fi definită în izolare față de lumea din jur.

Relațiile sociale sunt un mod recurent de interacțiuni între indivizi. Aceste relații au însemnătate în aproape toate ariile existenței umane; în mare, se descriu patru tipuri de relații sociale: i) relații sociale suportive, în sensul ajutorării dintre oameni în diferite domenii, cele mai importante fiind ajutorul emoțional și cel material, depășirea greutăților în comun, depășirea situațiilor de criză; oamenii percep concret acest suport în funcție de consistență, mărime, reciprocitate și alte criterii, sau subiectiv, în funcție de satisfacția cu aceste relații; 2) relațiile de companie, definite ca o interacțiune socială în căutarea comunicării, împărtășirii, bucuriei,

recreerii; în companie oamenii își arată unii altora afecțiunea, gândurile, speranțele, se cunosc mai bine și creează premisele prieteniei, ale compasiunii și ale iubirii; 3) relațiile sociale slabe, relațiile care sunt lipsite de empatie, relațiile formaliste sau relațiile întâmplătoare, de exemplu, multe dintre relațiile economice sau cele în interiorul organizațiilor și 4) relațiile sociale negative care sunt relațiile neplăcute, cele care aduc rejecție, ostilitate, critică, invadarea spațiului privat etc., tip de relație care este cel mai periculos la bătrânețe, pentru că duce la izolare socială și singurătate, și au efecte negative importante asupra sănătății și a declinului la bătrânețe.

Totalitatea relațiilor sociale pe care le are o persoană, caracteristicile și valoarea acestora pentru persoana respectivă poartă numele de rețea socială. Aceasta oferă individului suportul emoțional, instrumental, economic de care are nevoie. Ea se constituie ca un tampon în jurul individului și, cu cât această rețea este mai bogată, mai densă, reciprocă, cu atât un eveniment negativ își va amortiza forța atunci când este îndreptat împotriva individului aflat în centrul rețelei sale de suport.

Oamenii ajung la bătrânețe cu rețeaua de suport pe care și-au construit-o în timp. Aici intră rețeaua socială proximală, adică cea mai aproape de individ, formată din membrii de familie, prietenii foarte apropiați și, apoi, pe nivele concentrice, se așază cunoștințele și persoanele cu care are relații mai rare și mai puțin importante precum vecini, foști colegi, cunoștințe ocazionale. Odată cu pensionarea și retragerea din diferite activități sociale, rețeaua socială a omului în vârstă are tendința de a se îngusta; în schimb, acesta caută să strângă relațiile existente, să le cultive, să le investească cu mai mult înțeles. De aceea, la bătrânețe conflictele cu persoanele din rețea sunt mai rare ca altădată. Bătrânii știu în mod instinctiv valoarea relațiilor sociale. Ei investesc în prietenie, doresc să aibă persoane de încredere, cu care să poate împărtăși probleme personale, încearcă să facă relații bazate pe reciprocitate, însă statutul economic precar, problemele de transport și comunicare, problemele locative sunt factori care limitează capacitatea de a avea o

rețea de suport adecvată. După unele studii bazate pe interviu direct, bătrânii au în medie 9 persoane în rețea, femeile au 10 persoane, iar bărbații doar 8 persoane, iar componența rețelei de suport ar consta în 60% relații cu familia imediată și 16% cu alte rude, restul fiind prieteni, vecini, cunoștințe diverse.

La bătrânețe, prietenii sunt la fel de importanți ca și familia. Menținerea acestui tip de relații întâmpină probleme legate de resurse economice, mobilitate, comunicare etc. Ele depind și de raporturile de reciprocitate care, la rândul lor, ridică problema resurselor. De multe ori, oamenii bătrâni balansează între relațiile cu membrii de familie și cele cu prietenii. În mare, ele nu se suprapun, cele cu prietenii conferă oportunități de confidență, dar cele cu familia implică un grad de responsabilitate și ajutor instrumental, material.

Prezența unei rețele sociale suportive, funcționale, este o condiție a bătrâneții de succes. Așa cum am spus, această rețea conferă protecție față de evenimentele de viață negative, față de factorii de stres, dar influențează sănătatea și în alte moduri pe care cercetări variate le-au pus în evidență. Astfel, prezența unei rețele suportive sociale se corelează cu reducerea reactivității emoționale, a celei cardiovasculare, cu scăderea tensiunii arteriale, cu reducerea tonusului simpatic și a producției de adrenalină în favoarea celui parasimpatic care aduce liniștea și disponibilitatea pentru comunicare și, nu în ultimul rând, crește imunitatea organismului.

Toate de mai sus au fost spuse pentru a-ți arăta cât de important este să intri în acest stadiu al vieții cu un suport social consolidat, funcțional, în care relațiile să fie bazate pe afectivitate, reciprocitate, întrajutorare, relații care sunt construite în timp. Există o abilitate a fiecăruia de a-și construi și menține relații sociale. Această abilitate se bazează în principal pe capacitatea de a intra în mintea celuilalt, de a înțelege rolul celuilalt, de a te pune în locul celuilalt și de a imagina cum interpretează și răspunde persoana la informațiile vehiculate în conversație. Astfel, relațiile sociale depind de abilitățile de comunicare, de expresivitate, adică de capacitatea de a transmite o plajă largă de gânduri, emoții și nevoi. Mai

intervine capacitatea de autodezvăluire, de a expune gânduri şi trăiri intime şi funcţia acestei capacităţi este de a fluidiza transferul de gânduri şi emoţii private şi a le face înțelese în respect pentru cele ale celuilalt. Este şi o invitaţie de reciprocitate şi de autenticitate. Printre alte abilităţi, mai remarc modul de exprimare a empatiei, ascultarea atentă şi activă a celuilalt, exprimarea gratitudinii şi încurajarea interlocutorului. Aş putea spune că toate aceste abilităţi sunt intuitive şi în mare parte înnăscute, dar rafinate de-a lungul anilor, în experiența noastră socială. A ajunge la bătrânețe nepregătit pentru a întreține și dezvolta relații sociale este o mare problemă!

2.4.2. Familia

Freud, părintele teoriei psihanalitice, afirma că familia este spaţiul în care se pot petrece cele mai mari „grozăvii“ care sunt ascunse și secretizate cu un mare preț psihologic plătit mai târziu. Familia ar fi un fel de organizaţie cu caracter totalitar în care unii membri, mai ales femeile, copiii sau bătrânii, sunt abuzaţi. Această concepţie are adepţi până astăzi și se vorbește mereu de traumele pe care le poartă descendenţii unei familii, precum copilul bătut sau femeia abuzată, și există tendința de a pune pe seama acestei dinamici intrafamiliale multe probleme psihologice cu care oamenii se confruntă pe parcursul vieţii. Eu continui să cred că familia este locul unic în care se transmite de la o generaţie la alta tot ce ne face pe noi umani. Familia ajută la construirea socială a individului, la împlinirea nevoilor esenţiale, la dezvoltarea mijloacelor de comunicare, la învățarea normelor sociale și a valorilor sociale. Indiferent de vârstă, familia își manifestă valoarea pentru prosperitatea și bunăstarea individului. Pentru omul în vârstă, familia furnizează diferite avantaje sociale care constituie împreună capitalul familial, respectiv ajutorul pentru sănătate, viață domestica, transport, recreere, ajutor economic, siguranță etc. Statisticile arată că 80% din îngrijirea bătrânilor care trăiesc acasă este făcută încă de familie. Ajutorul pe care îl oferă familia este de multe ori

invizibil și luat ca de la sine înțeles. Îngrijirea familială este un aspect crucial al bătrâneții de succes, unii chiar spun că fără ajutorul familiei nici nu se poate vorbi de autonomie la bătrânețe.

Multe decenii s-a considerat că, odată cu îmbătrânirea, oamenii devin din ce în ce mai dependenți de generațiile mai tinere. Odată cu creșterea longevității și a sănătății oamenilor în vârstă și odată cu schimbarea structurii familiei și a normelor ei, dinamica interacțiunii intrafamiliale și a problemei dependenței s-a schimbat înclinând spre independență și autonomie. Totuși, a rămas tentația de a privi relațiile intrafamiliale în termeni de îngrijire și protecție față de ceilalți membri și, în special, față de bătrâni. Această problemă a îngrijirii intergeneraționale este contrabalansată astăzi de problema conflictului dintre generații, de scurtarea timpului de contact dintre generații, al conflictului de valori, precum cel între colectivism versus individualism.

Tradițional, familia a fost asociată cu sensul reciprocității și al obligațiilor, al legăturilor afective care sunt stabilite și întreținute de-a lungul vieții unei familii. Atunci când familia lipsește din variate motive, oamenii investesc în alții pentru a obține de la aceștia suport și companie la bătrânețe, în loc de familie. Începând de după Al II-lea Război Mondial legăturile intrafamiliale au început să slăbească în intensitate emoțională și, apoi, în frecvență și suport. Astăzi, din ce în ce mai puțini bătrâni trăiesc împreună cu generația tânără. Se poate spune că asistăm la un proces de trecere de la un sentiment colectivist la unul individualist, cu autonomizarea membrilor ei, ceea ce conduce la relații sporadice de familie și o slabă încărcătură de reciprocitate. Grija părinților, exprimată în propoziția „Să aibă cine să-mi aducă un pahar cu apă“, devine din ce în ce mai derizorie și chiar ridicolă. Normele și relațiile din familie s-au schimbat, timpul petrecut între generații s-a redus, obligațiile filiale nu mai au aceeași valoare ca în trecut. Familia de astăzi pare un grup de oameni care împărtășesc relații „de sânge“, dar ale căror roluri se negociază perpetuu odată cu vârsta. Părinții încearcă să-și încurajeze progeniturile să fie independente pentru a se maturiza mai repede și a face față concurenței de pe piața

muncii, ei pleacă de acasă devreme și legăturile filiale nu au atât timp să se constituie ca în trecut. Părinţii încearcă și ei la rândul lor să devină independenţi de copii în dorinţa de a-și duce viaţa după propriile principii și nu după „lentila“ altora. Ceea ce rămâne este modul în care proprietăţile și alte elemente economice se transferă de la o generaţie la alta. Deși pare cinic, acest considerent ţine multe familii încă împreună! Este greu să se construiască relaţii de reciprocitate când fiecare dintre termenii relaţiei doreștec să fie independent și autonom, ceea ce înseamnă părăsirea teritoriului pe care l-au deţinut împreună în sens tradiţional.

Micșorarea dimensiunii familiei prin scăderea numărului de copii și mobilitatea geografică mare a membrilor de familie deteminată de aspectele economice și vocaţionale, sunt alţi factori care au minat relaţiile din familie și statutul celor bătrâni în familia modernă. Studii statistice din lumea vestică arată că, dintre cei născuţi între 1916-1920, 37% au fost singuri la vârsta de 75 de ani și peste. Dintre cei născuţi în 1940, 40% vor fi singuri când vor depăși vârsta de 75 de ani, iar în cazul celor născuţi în 1960, peste 50% vor fi singuri după vârsta de 75 de ani. A trăi singur la bătrâneţe este o experienţă diferită pentru cei care au trăit în familia de origine și apoi au rămas singuri, pentru că fiii lor au plecat, partenerul a murit sau a părăsit familia, faţă de cei care au fost de la început singuri. Pentru cei care au rămas singuri recent, este o problemă mult mai stresantă decât pentru cei pentru care a trăi singur reprezintă o continuitate. În Marea Britanie, populaţia care trăiește singură indiferent de vârstă s-a dublat între anii 1973 și 2001. O altă constatare este că bătrânii trăiesc astăzi ori împreună cu partenerul, ori singuri, dar mult mai puţini împreună cu copiii lor. O statistică din anul 2001 arată că, în Marea Britanie, 92% dintre bătrâni trăiau într-o familie compusă din membrii unei singure generaţii. Bătrânii din familiile compuse din două generaţii sunt semnificativ mai puţini, în jur de 3%, iar cei din familiile cu trei generaţii erau extrem de puţini. În anul 1945, 10% dintre bătrâni trăiau într-o familie „clasică“ cu trei generaţii, copii și nepoţi. Această dată este variabilă de la ţară la ţară, de la o cultură la alta. În Italia și astăzi mulţi adulţi încă trăiesc cu părinţii

lor, 16% dintre adulții de peste 45 de ani fiind încă în casa părinților lor. O altă situație inversă este reîntoarcerea copiilor adulți în casa părinților, situație generată de cele mai multe ori de divorțul lor. În ciuda acestor date statistice, pentru mulți bătrâni a trăi singuri în locuința lor este o manifestare a autonomiei și a independenței lor, a funcționării adecvate, a independenței economice, și mulți dintre ei se consideră mai degrabă fericiți decât vulnerabili.

Se poate pune întrebarea: Ce este de făcut? Răspunsul la această întrebare îl dă fiecare, după o analiză istorică, lucidă a relațiilor din familia de origine. O soluție ar fi să se strângă din timp relațiile din familie. Participarea la toate rutinele familiei, cumpărături, treburi gospodărești, pregătitul mesei, curățenie, ceremonialuri, face ca fiecare participant să aibă sensul responsabilității și al reciprocității. Pentru a beneficia de reciprocitate, aceste ocupații din familie solicită schimbarea rolurilor de-a lungul timpului. Astfel, pe măsură ce îmbătrânește, bărbatul poate lăsa treptat rolul de „cap al familiei" fiului adult, dar această tranziție necesită înțelepciune și tact. La fel este bine să se petreacă și în cazul redistribuirii resurselor financiare, de timp, de recreere și odihnă. Astfel, copiii nu vor mai fi tentați să plece de acasă și vor rămâne în familie, asumându-și treptat roluri principale care să le confere sentimentul continuității în familie, iar bătrânilor siguranța și predictibilitatea de a fi îngrijiți în casa lor atunci când vor avea nevoie. Dar aceasta nu este o soluție infailibilă, ci doar o opțiune.

2.4.3. Independența și autonomia

Tot ce am spus mai sus se referă la dorința și capacitatea unui individ în vârstă de a rămâne într-o rețea socială de protecție, indiferent dacă aceasta este în mod tradițional familia de origine sau alte persoane care o pot substitui. Cu toate acestea, dacă întrebăm oamenii în vârstă despre lucrurile care le procură cele mai mari satisfacții, o să aflăm că cele mai dorite ar fi eficiența și capacitatea de autocontrol, calități care sunt legate de competența cuiva de a realiza cu

succes un scop dinainte setat, cu alte cuvinte abilitatea de a menține un anume control asupra vieții proprii, de a păstra un sentiment de control asupra schimbărilor pe care le aduce vârsta. Intensitatea cu care un individ percepe acest sentiment de control și eficiență determină felul cum își conduce viața, sentimentul de stimă de sine, de independență și autonomie și, în ultimă instanță, sentimentul de bunăstare. El influențează în mare măsură felul cum îmbătrânește cineva. A fi independent și autonom sunt lucruri pe care le prețuim toată viața și pe care ni le dorim și la bătrânețe, atunci când se presupune că fragilitatea noastră din multe puncte de vedere le va pune la încercare. Foarte rar o să găsim bătrâni care se lasă în mâinilor altora necondiționat! Desigur că scăderea veniturilor, problemele de funcționare fizică și cognitivă, probleme de sănătate, diminuarea suportului social și a accesului la resursele comunitare, a participării sociale, sunt factori care influențează independența. Însă este în firea omului de a asocia independența și autonomia cu libertatea. Ori sănătatea și libertatea sunt cele mai prețuite valori la orice vârstă.

Dependența, ca un concept opus independenței și autonomiei, este definită ca inabilitatea unui individ de a realiza activitățile necesare pentru a păstra un standard normal pentru viața de zi cu zi. Dependența atrage după sine necesitatea unui ajutor. Au fost identificate mai multe dimensiuni după care o persoană poate fi judecată ca dependentă sau independentă precum mobilitatea, deplasarea, îngrijirea personală, capacitatea de a procura, prepara, stoca și administra alimentele, de gospodărire, de comunicare, de deplasare, de a identifica problemele pentru care necesită ajutor și resursele necesare, de a întreține relații sociale suportive etc. Fiecare dintre aceste dimensiuni poate avea o cauzalitate aparte, dar, în mare, este vorba de pierderea peste un anume prag a funcționării fizice și/sau mintale a individului, la care se pot adăuga obstacolele sau bariere legate de factori exteriori subiectului.

La polul opus se află independența, care presupune capacitatea unui individ de a lua decizii și de a acționa conform necesităților proprii și a standardelor sociale în vederea realizării unei existențe autonome, după propria alegere. Ea presupune mai multe dimensiuni

față de cele ale dependenței precum: independența materială și financiară, independența cu privire la timp, la relațiile/contactele sociale și independența familială, independența în selectare activităților, independența cu privire la afilierea și alegerile morale/spirituale.

Este de mare importanță ca individul aflat în a doua parte a vieții să se gândească la abilitățile și contextul care îl va face să rămână independent cât mai mult timp la bătrânețe. Apoi va exista un moment când o decizie va trebui să fie luată, când va hotărî în ce „brațe“ se va lăsa, ale familiei sau ale unei instituții de specialitate, și care vor fi criteriile după care va judeca acest prag. Dar mai important decât orice este problema: cine va lua această decizie? Probabil că fiecare dintre noi dorește ca această decizie să exprime cel puțin independența și autonomia noastră mintală. Aici este momentul să reproduc o definiție „cinică“ a dependenței care se găsește în literatura de specialitate și care spune că *„dacă un individ nu are nimic de dat în schimb, este văzut de ceilalți ca fiind dependent*“. Aici se ridică problema că independența se poate cumpăra, ceea ce este adevărat dacă ne gândim la bătrânii care sunt îngrijiți de persoane plătite pentru aceasta. Având acest ajutor extern, nu se poate spune despre această persoană că este realmente dependentă. După părerea mea, o persoană este dependentă atunci când ea predă altora problemele de îngrijire personală.

Dependența apare și când individul definește situația lui ca fiind de dependență. Această situație poate fi reală sau nu și individul are criteriile lui pentru a defini propria situație ca dependentă. Uneori, în dependența legată de mediu, este evident și pentru ceilalți de ce individul definește situația lui ca fiind de dependență, pentru că se referă la o situație obiectivă, reală, identificabilă, evidențiabilă. Alteori, individul are propriile lui criterii de a se descrie ca având nevoie de ajutor, și criteriile acestei situații nu pot fi evidente de la exterior; în acest caz, vorbim de o dependență subiectivă, reclamată doar de subiect. Și aceasta trebuie tratată cu atenție, pentru că oricare situație de dependență este, de fapt, o cerere de ajutor, o situație în care cineva demisionează din statutul de independență și autonomie, situație dramatică pentru fiecare din noi.

Jocul dintre independență și dependență, dintre autonomie și pierderea libertății este o problemă de toată viața, dar nu este niciodată așa de dramatică și trăită așa de intens ca la bătrânețe. A medita la această problemă, a face aranjamentele care par a fi necesare sunt aspecte ce trebuie să fie luate în considerare din timp.

2.4.4. Pensionarea

Pensionarea este o parte a vieții sociale în țările industrializate. Prin pensionare se asigură celui care a muncit o perioadă din viață resursele pentru bătrânețe și se lasă locul, în mod instituționalizat și ordonat, forței de muncă care aparține altei generații. Pensionarea este un proces curent în societățile industrializate și este necunoscut în societățile tribale sau neindustrializate.

Pensionarea creează unele dintre cele mai mari schimbări la vârstă înaintată. Ea poate fi privită ca o pierdere parțială de autonomie, ca un pas spre dependență din cauza scăderii venitului și a statutului social.

Pentru majoritatea oamenilor, pensionarea înseamnă mai mult timp liber, dar și mai puțină implicare socială și venituri mai mici. Pentru unii oameni însă, pensionarea nu înseamnă o retragere din câmpul muncii productive, ei putând să rămână să lucreze part-time, de acasă sau ocazional. Se mai poate ca aceștia să-și deschidă propria activitate productivă sau pot să se implice în activități de voluntariat. Deci există o „carieră" profesională după pensionare. Oricum, pensionarea nu mai înseamnă astăzi ce însemna altă-dată, adică punerea pe o „linie moartă" din punct de vedere social.

Pensionarea este un proces care cuprinde credințe, așteptări și atitudini, pregătiri, decizii și abilități de a gestiona o perioadă particulară din viața unui individ care mulți ani a participat la o activitate productivă plătită. Există diferite concepții referitoare la pensionare. Sunt oameni care spun că abia așteaptă să iasă la pensie și să scape de stresul muncii, alții care spun că sunt interesați de condiții și oportunități de după pensionare, unii abia așteaptă să

aibă timp pentru grădinărit, mers la pescuit, îngrijit nepoţii, există însă şi alţii pentru care odihna este un lucru de preţuit la vârsta pensionării. Concepţiile referitoare la pensionare sunt legate mai mult de factori culturali şi tradiţii, de credinţa că munca este o activitate care cere sacrificii, iar statul acasă este lucru ce trebuie cel mai mult preţuit. Ce valoare are timpul liber sau implicarea socială determină în mare parte atitudinea faţă de pensionare.

Decizia de pensionare se ia de obicei cu mai mult timp înainte de data la care cineva este îndreptăţit să se pensioneze prin contractul de muncă sau prin reglementări naţionale. Dar există şi cazuri în care decizia de pensionare este luată intempestiv, ca urmare a unor conflicte la locul de muncă, a unor probleme de sănătate, a unor necesităţi familiale, schimbarea rezidenţei etc. Mai există şi situaţia prelungirii deciziei de pensionare dincolo de timpul prevăzut, când persoana doreşte şi poate avea dreptul să mai muncească pe poziţia pe care o ocupa sau pe o altă poziţie sau poate fi vorba de o perioadă de tranziţie până la pensionarea definitivă. În general, la decizia de pensionare participă cel mai mult criteriile financiare şi cele de sănătate. Mai rar există şi pensionarea involuntară, când criterii instituţionale şi de management impun unei persoane să se pensioneze ca alternativă la desfacerea contractului de muncă.

Pregătirea pentru pensionare cuprinde două versante, pregătiri la locul de muncă şi pregătiri la domiciliu. Cele de la locul de muncă cuprind în mare trecerea sarcinilor şi a răspunderilor unei alte persoane, iar acasă presupun construirea, cel puţin mintal, a unui nou program şi a altor rutine la care pot participă şi ceilalţi membri de familie. Problema este de a pune pe alte baze timpul personal şi cel de contact cu ceilalţi membri ai familiei. Este bine să existe o „planificare“ a perioadei de prepensionare şi pensionare care să cuprindă deciziile şi acţiunile cu rol de a face această tranziţie să fie lină şi să preîntâmpine probleme de adaptare, stări de criză şi conflicte cu alţii.

În mare, adaptarea la statutul de pensionar poate cuprinde:

– adaptarea la un nou statut social, statut care va fi public şi care presupune, de fapt, trecerea la o altă grupă de vârstă,

depășirea graniței dintre activ și inactiv, dintre a face și nu a face, între a putea și a nu putea;
- adaptarea la un nou venit și la o nouă condiție economică, care impun diferite restricții;
- gestionarea unui buget mai mare de timp, căutarea de noi preocupări;
- restrângerea contactelor sociale și pierderea unor interacțiuni sociale;
- tranzacționarea intrafamilială a unui nou rol, în funcție de necesități, redistribuirea sarcinilor și a responsabilităților;
- creativitate și inovație în găsirea de alternative la pensionare, astfel încât să nu existe sentimentul de retragere, de decuplare de viața socială, activitate și productivitate, cu ecouri negative asupra identității persoanei și a stimei de sine.

Dincolo de aceste așteptări, tu poți vorbi și de o pensionare de succes. Iată aici câteva dintre faptele care conduc la acest succes:
- cunoașterea drepturilor proprii referitoare la pensionare, drepturi bănești, alte beneficii;
- implicarea în activități zilnice cu semnificație pentru tine și alții;
- menținerea relațiilor sociale vechi și formarea unora noi, relații bazate pe legături emoționale, de întrajutorare și de petrecere a timpului liber;
- încearcă să te păstrezi funcțional din punct de vedere fizic, adoptă o dietă adecvată și fă activități fizice aerobe în fiecare zi;
- încearcă cu orice preț să faci o activitate intelectuală, să fii stimulat cognitiv;
- descoperă și fii creativ în implicarea de noi activități, niciuna dintre acestea nu este fără sens, încearcă să le faci împreună cu alții.

2.4.5. Sexualitatea

Când este vorba de sexualitatea oamenilor în vârstă, mulți oameni, mai ales tinerii, cred că după 50 de ani nu mai există

realmente sexualitate, ci mai mult insatisfacții și disfuncții. Ei gândesc că, după această vârstă, atât bărbații cât și femeile și-au pierdut „atributele“ sexuale, văzându-i pe toți laolaltă ca persoane fără interes major și fără abilități sexuale. Aceasta este expresia unei priviri superficiale și numărul mare de prescripții de Viagra face să ne gândim că nu este adevărată. Mai mult, studii întreprinse pe această categorie de vârstă au arătat că există un interes neştirbit față de sexualitate și la vârstă înaintată. O anchetă largă privind opiniile americanilor asupra sexualității, întreprinsă în anul 2005 de Asociația Americană a Profesioniştilor din Sectorul Reproducerii Umane, a scos la iveală că 73% dintre bătrâni consideră că, în societatea actuală, se pune prea mult accent pe sexualitate (față de doar 8% dintre respondenții tineri), 45% dintre ei au o atitudine pozitivă asupra sexualității, iar 49% consideră sexul ca o parte importantă din viața lor. Când vorbesc de sexualitate, mă gândesc la întreaga plajă de gânduri, emoții și așteptări legate de sex și comportamentele și deciziile corespunzătoare lor.

Trebuie să acceptăm că declinul fizic se însoțește și de un declin al activității sexuale, dar, cu toate acestea, componenta emoțională rămâne nealterată. Tot ancheta citată mai sus a arătat că 59% dintre bărbații cu vârste între 45 și 59 de ani găsesc că partenerele lor sunt atractive fizic și acest procent crește la 63% la bărbații de peste 75 de ani. Și la femei această tendință se păstrează. S-a mai constatat cu această ocazie că 52% dintre bărbații între 50 și 59 de ani sunt sexual activi (cel puțin un contact sexual pe săptămână) și acest procent ajunge la 26% la grupa de vârsta de 60-69 de ani și la 27% peste 70 de ani.

Cultura actuală, cu obsesia continuă de ameliorare și dezvoltare a calităților proprii, a modificat așteptarea ca sexualitatea să scadă cu înaintarea în vârstă. Astfel, declinul sexualității la bătrânețe nu mai este acceptat și este văzut astăzi ca o disfuncție cu caracter patologic care cere măsuri de corecție, remedii și servicii terapeutice. Limbajul de autoîmputernicire a individului odată cu înaintarea în vârstă l-a făcut să preia și să includă responsabilitatea funcționării sexuale ca parte a angajamentului lui față de sănătatea proprie, față

de sănătatea de succes. Astăzi, granițele dintre vârstă nu mai sunt atât de ferme ca în urmă cu câteva decenii. Se poate spune că societatea postmodernă a creat premisele pentru o autodefiniție care îi inspiră pe bătrâni să-și construiască o imagine inovativă pe care să o urmărească în permanență. Persoanele în vârstă sunt astăzi independente, sănătoase, „sexy“, cu un statut flexibil în câmpul muncii; se poate spune că viața socială se extinde și dincolo de tradiționala pensionare. Niciuna din activitățile în care sunt implicați nu arată cu nimic că ar fi bătrâni în sensul tradițional al cuvântului. Ei s-au plasat deasupra timpului! Vârstnicii au început să depășească problema bătrâneții tot așa cum pot depăși o problemă oarecare de viață. Bătrânețea este o problemă de depășit și nu un stadiu implacabil de viață! Pentru aceasta, ei trebuie să fie capabili și să facă în consecință o serie de acțiuni de „fitness“ sau de antrenament pentru a fi optimi cu viața lor de astăzi. În cadrul acestor acțiuni se înscrie și sexualitatea la vârstă înaintată. Aceasta este una dintre rațiunile pentru care își cultivă corpul, mușchii, potențele fizice, aspectul fizic, impresia generală, aparența și sunt interesați de îmbrăcăminte și de aspectul general pentru a fi „fără vârstă“, pentru a fi atractivi, seducători, la modă sau în pas cu moda.

Astăzi apelarea la Viagra și la alte metode de sporire a capacității sexuale este în creștere cu toate riscurile care sunt inerente unei tendințe de a trece dincolo de limitele pe care biologia le impune corpului nostru. Prezentarea la medic sau terapeuți sexuali a oamenilor în vârstă nu mai este ceva ieșit din comun. Pretențiile sunt altele acum! Există și o literatură pentru această problemă, informații și remedii care sunt transmise din om în om ca un bun comun, există experți și servicii specializate. Toate acestea le-am putea defini ca un proces actual de „*rejuvenare*“ a oamenilor bătrâni. Nikolas Rose, mare sociolog britanic, spunea că „*astăzi, noi acționăm să ne îmbunătățim pe noi înșine, iar ideea de sănătate este reconfigurată sub termenul de «optimizare» a corporalității individuale*“. Însăși în conceptul de sănătate de succes majoritatea comportamentelor sale sunt legate de sănătatea și funcționarea fizică, corporală. Astfel se redefinesc înțelesurile pe care oamenii

le dau conceptelor oarecum disparate precum sănătate, corp, vârstă, sexualitate, identitate, în opoziţie cu cele mai vechi precum tradiţie, înțelepciune, memorie, generaţie, într-o armonie care presupune un individ cu tendința de a fi deasupra timpului cronologic. Bătrânețea nu mai este o pierdere, ci capătul unui lung şir de câştiguri și autoperfecţionări care a început cu mult timp înainte de a fi bătrân. Te rog, păstrează aceste cuvinte...

2.4.6. Singurătatea și izolarea socială

Începutul acestui mileniu este caracterizat, printre altele, de schimbările lumii sociale în care trăim. Modificările ambianței fizice și a geografiei urbane, inovațiile tehnologice din viața de toate zilele, social-media, reorganizarea muncii și a timpului liber, impactul acestora asupra familiei și a mobilității oamenilor, toate laolaltă conduc la schimbări ale felului cum percepem viața în general și la felul cum percepem și trăim bătrânețea, în special. Angajamentul social și relațiile sociale sunt pe cale să se schimbe. Singurătatea și izolarea socială sunt din ce în ce mai clamate de oamenii în vârstă și nu numai. Aceste două lucruri, singurătatea și izolarea socială, sunt percepute periodic de-a lungul întregii vieți, dar la bătrânețe par a fi mult mai accentuate.

Singurătatea este modul în care cineva percepe și evaluează nivelul propriu de legături sociale, felul cum apreciază rețeaua lui socială, cât de satisfăcătoare și suportivă este. Singurătatea descrie o stare în care apare un deficit al acestor legături. Singurătatea trebuie deosebită de izolarea socială, situație în care un individ nu este înconjurat de oameni; chiar dacă ar vrea, nu are cum să facă legături sociale, pe când în singurătate există disponibilitate, dar individul ori nu o folosește, ori se simte singur din considerente psihologice.

Problema singurătății aduce în discuţie numărul contactelor sociale, dar și timpul de contact între persoane, contact direct, față în față, sau mediat, doar la telefon, e-mail, skype, și gradul de satisfacție pe care acestea le aduc individului, deci are o

componentă subiectivă. Izolarea socială este dată de lipsa contactelor sociale și, în general, se definește ca izolat social o persoană care are mai puțin de un contact pe lună cu familia sau cu prietenii, direct sau indirect. Deci izolarea socială este o situație obiectivă spre deosebire de singurătate care este o problemă subiectivă, determinată de gradul de percepere a ei.

Cvasitotalitatea profesioniștilor sunt de acord în a spune că singurătatea și izolarea socială sunt factori de risc atât pentru sănătatea fizică, cât și pentru sănătatea psihică. Acest risc este proporțional cu vârsta, fiind cu atât mai mare cu cât vârsta este mai mare. Acest factor de risc se adaugă lipsei de activitate fizică, dietei dăunătoare, obezității și fumatului ca cei mai importanți factori de risc pentru mortalitate la bătrânețe. Studiul *Jerusalem Longitudinal Study*, făcut între 1990 și 2008, care a selectat indivizi născuți între 1920 și 1921 ce au ajuns în timpul studiului să aibă între 70 și 85 de ani, a cuprins 605 participanți. Rezultatele au arătat că sentimentul de singurătate a fost prezent aproape la toți participanții, iar izolarea socială s-a dovedit a fi un factor de risc pentru mortalitatea generală. Mai mult, o analiză globală a 148 de studii, analiză făcută de Departamentul de Psihologie a Universității din Utah, Statele Unite, a arătat că există o probabilitate cu 50% mai mare de a trăi mai mult a celor care nu se simt singuri, comparativ cu cei singuri și izolați.

Cât de singuri se simt bătrânii astăzi? La vârsta de 65 de ani și peste, unul din cinci canadieni se simte singur, iar peste 85 de ani unul din patru canadieni spune că e singur. O anchetă desfășurată pe bază de chestionar trimis prin poștă, făcută în Noua Zeelandă, care a cuprins 6.662 de indivizi cu vârste între 55 și 70 de ani, a arătat că persoanele cu resurse materiale, cu un nivel locativ bun și cu nivel superior de educație se simt mai puțin singure decât cei fără aceste caracteristici. Deși femeile au în general mai multe contacte sociale comparativ cu bărbații, ele tind să raporteze un nivel mai ridicat de singurătate.

S-au identificat o serie de factori care măresc probabilitatea sentimentului de singurătate: i) statutul marital (necăsătorit, văduv,

divorțat), ii) lipsa copiilor, iii) vârsta peste 75 de ani, iv) starea de sănătate (probleme de sănătate, dizabilități motorii și/sau de comunicare), v) stare de depresie, ostilitate, mânie, suspiciozitate crescută, vi) moartea recentă a unei persoane apropiate, vii) resurse materiale precare (venit, locuință proprie etc.), viii) nivel educativ scăzut.

Singurătatea exprimă o viziune asupra vieții la bătrânețe, ea este mediată de existența și calitatea relațiilor sociale/familiale. La toate acestea trebuie să mai adaug factorii care țin de cultură, stereotipuri, credințe și atitudini, religie, determinate istoric într-o anumită cultură.

Cum ajunge o persoană singură sau izolată la bătrânețe depinde și de felul cum a luat în considerare acești factori cu mult înainte de a îmbătrâni.

Ami Rokach, de la Universitatea din Toronto, spunea: „*Singurătatea este o stare naturală și parte integrantă a ființei umane ca și bucuria, foamea sau autoactualizarea... oamenii se nasc singuri, apoi trăiesc teroarea singurătății în moarte, dar mult mai adesea se simt singuri între acest început și sfârșit*".

2.5. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII SPIRITUALE

2.5.1. Spiritualitatea/religiozitatea

Psihologul american Abraham Maslow a studiat mulți ani modalitățile și nivelurile de funcționare și satisfacție în viață și a ajuns la concluzia că oamenii au o ierarhie de nevoi a căror împlinire le aduce un anume grad de funcționare și implicare în viață. A ierarhizat aceste nevoi de la cele bazale, precum nevoile fiziologice (de exemplu, alimentația), cele de siguranță (de exemplu, adăpostul/locuința), pentru ca mai apoi să așeze nevoile de a fi iubit și de a aparține cuiva (de exemplu, prietenia, intimitatea și familia) și nevoia de stimă de sine pentru ca în vârf să pună nevoia de autoactualizare, care este necesitatea de autorealizare a întregului potențial

pe care cineva îl posedă, tendința de a realiza mai mult și mai mult, potențial care se poate exprima prin creativitate, cunoaștere profundă, atingerea țelurilor celor mai înalte, a înțelesurilor adânci ale existenței personale. Mai târziu, Maslow a mai adăugat un nivel în vârful acestei piramide, autotranscendența, ceea ce reprezintă atingerea unui nivel superior de spiritualitate și altruism, o legătură cu o forță superioară care dirijează individul către o formă superioară de exprimare pe plan moral și religios. Aici el descrie experiențe precum cele extatice, de fericire pură, de fuziune cu frumusețea lumii. Este o experiență greu de descris, o trăire inefabilă, ceea ce se experimentează ascultând muzică, privind un răsărit sau apus de soare, privind mișcarea și forma norilor, ascultând susurul unui râu, foșnetul frunzelor, experiență pe care el a numit-o „experiență de vârf". În aceste ultime experiențe și nevoi spirituale se înscrie și religiozitatea.

Religiozitatea și spiritualitatea sunt factori care influențează pozitiv sănătatea la bătrânețe și felul cum bătrânețea este trăită de individ. Mulți cred că religia și spiritualitatea nu se deosebesc în privința valorilor practicate, ci doar în aspectul formal organizațional și al expresiei lor comune. Expresiile spirituale tind să fie universale, ecumenice, comportamentale, internale, afective, spontane și private. Este posibil să fii spiritual fără a fi religios și să fii religios fără a fi spiritual. A fi spiritual înseamnă să ai o relație transcendentală cu o ființă superioară, iar a fi religios ar însemna să aparții unei credințe și unei biserici. Spiritualitatea poate fi înțeleasă ca o căutare a sacrului, un proces prin care oamenii vor să descopere, să cuprindă și să aducă sacrul în viața lor. Sacrul este cel care deosebește religia de spiritualitate. În cadrul religiei, sacrul poate fi Dumnezeu, Divinitatea, Ultima Realitate, Forța Supremă.

În mod tipic, religiozitatea este mai mare la oamenii bătrâni decât la tineri. Un studiu Gallup din anul 2005, realizat în Statele Unite, a arătat că 73% dintre adulții de peste 65 de ani consideră religia o problemă personală importantă comparativ cu doar 48% dintre tineri. Există studii care au arătat frecvența mai scăzută a cancerului, a bolilor de inimă, a hipertensiunii arteriale, a

alcoolismului și a tulburărilor mintale la cei religioși. Relația este mai strânsă în cazul în care religiozitatea este manifestată nu numai prin credință în dogma religioasă, dar mai ales în participarea la slujbe și alte activități religioase. Aceasta se realizează din cauză că religiozitatea este și cea care conduce la un regim de viața cumpătat. O altă relație pozitivă s-a găsit între acest tip de religiozitate, religiozitatea practicantă și nivelul scăzut de depresie, nivelul crescut de bunăstare fizică și psihică și satisfacția în viață, nivelul crescut de optimism, mai puțină anxietate, o căsătorie mai stabilă, mai puțin consum de alcool și o dietă mai sănătoasă, doar dacă ne gândim la perioadele de post, atât de utile pentru regimul hipocaloric. Printre mecanismele invocate ar fi prezența unui rețele de suport foarte eficiente, relații pline de reciprocitate, relații de companie, relații profund emoționale și suportive material, prevenirea stresului, creșterea abilităților de *coping* prin implicarea și a altora în mecanismul de depășire a greutăților. Alături de aceste mecanisme, s-a mai constatat că religiozitatea acționează direct asupra fiziologiei organismului, având efecte asupra imunității, reduce tonusul nervos simpatic și îl crește pe cel parasimpatic, scade reactivitatea cardiovasculară. Practicile spirituale, optimismul, speranța, determină o capacitate puternică de rezistență față de adversități. Religiozitatea este parte a rezilienței. La fel s-a constatat că există și o relație între religiozitate și capacitatea de autoîngrijire și de autocontrol. Un alt mecanism prin care acționează religiozitatea este includerea valorilor spirituale în schemele cognitive de interpretare a existenței, interpretarea evenimentelor de viață în mod pozitiv și lipsa emoționalității negative (de exemplu, sentimente de ostilitate, mânie, revanșă etc.).

După Clifford Geertz (1926-2006), mare antropolog cultural de la Institutul de Studii Avansate de la Princeton, Statele Unite, care și-a consacrat viața studiului religiei în diferite culturi, „*religia este un sistem de simboluri cu scopul de a da oamenilor o dispoziție puternică, constantă și generală prin care să formuleze concepții despre ordinea generală a existenței și să îmbrace aceste concepții cu o aură faptică, astfel încât să pară reale*“.

El consideră că religia trebuie înțeleasă ca *„un sistem cultural și o instituție socială care guvernează și promovează interpretări ideale asupra existenței... și ea constă în idei și acțiuni ghidate de anumite principii sau credințe. Ea este diferită calitativ de oricare alt sistem sau instituție culturală*“. Mircea Eliade scria în 1959 că *„omul religios poate trăi numai într-o lume a sacrului, pentru că numai într-o astfel de lume în care participă ca ființă, el poate să aibă o existență reală*“. Resuscitarea religiozității, atât pe plan individual, cât și social, este de mulți văzută ca o reacție la societatea postmodernă și globalizată care aduce oamenilor senzația că timpul și spațiul, real sau imaginat, se comprimă, iar sentimentul de insecuritate este extrem de crescut. În ceea ce-i privește pe români, conform *Global Index of Religiosity and Atheism*, 89% din români se declarau religioși în anul 2012.

2.5.2. Înțelesuri ale vieții

Înțelesul vieții este de cele mai mult ori confundat cu ceea ce dorim noi să realizăm în viață. Această problemă este privită pe diferite paliere ale existenței, de la cele materiale, la cele spirituale. Pentru cei mai contemplativi dintre noi, înțelesul vieții se descoperă punând diferite întrebări legate de rostul vieții, de identitatea persoanei, de finalitatea existenței etc. Pentru Freud, înțelesurile vieții pot fi etalate pe patru paliere: i) a iubi, unde se introduc o mulțime de expresii instinctuale, de la contactul fizic la forme sublime de dragoste, ii) a munci, sau ocupațiile convenționale, productive sau nu, plătite sau nu; iii) a te bucura și a te distra, și iv) a-i servi pe alții, a fi altruist, a coopera, a avea grijă de alții.

Mai important este să încerci, să investighezi și să descoperi înțelesul tău în viață:

– Încearcă să faci o analiză a sistemului tău existențial, care sunt temerile tale din viață, temerile care îți amenință viața, existența, care sunt întrebările la care nu poți să răspunzi sau nu ai încă un răspuns. De exemplu, cum poți găsi un înțeles la

ceea ce faci și la ceea ce te așteaptă? Există și alte înțelesuri în spatele lucrurilor și al situațiilor obișnuite? Crezi în soartă și noroc?

– Oamenii sunt căutători de înțelesuri, de semnificații; încearcă să faci metafore, analogii, comparații cu situații ale altora sau ce ai citit sau văzut și reformulează-le pe ale tale;
– Pune-ți întrebări care să te ajute să formulezi înțelesuri precum: Unde sunt? Ce fac aici? Ce se întâmplă, ce o să se întâmple? Cui îi aparțin și ce o să devin? Cine depinde de mine și față de cine am responsabilități? Care este viitorul? Cum o să-i fac față? Dă răspunsuri largi, deschise, nu închide niciodată răspunsul la o problemă existențială, permite reformulări și refrazări și, mai ales, nu fi patetic, viața nu este o melodramă, caută formulări care să te facă optimist.

2.5.3. A trece în revistă viața în mod pozitiv

A privi viața în mod pozitiv este o atitudine pe baza căreia se reașază trecutul, evenimentele trăite într-un mod senin, fără resentimente, regrete, ură sau patimă; rescrie-ți viața, bazându-te pe ce ai reușit, pe ce ai câștigat, privește viața ca pe o călătorie pe care ai întreprins-o în teritorii plăcute sau mai puțin plăcute, privește viața ca pe o învățătură și bucură-te că ai avut atâtea de aflat, reintegrează în viața ta conflictele, traumele, lucrurile rămase neterminate, folosește alte cuvinte, repune-le într-o formă care să nu te mai facă să fii mânios sau trist, vinovat sau răzbunător, caută seninătatea, iertarea, pune un final, pune punct la tot ceea ce ți-a fost frică să te mai uiți o dată, nevorbit sau nescris. Reconsideră-ți inamicii și înfrângerile. Uită-te din nou la fotografiile pe care le-ai păstrat, respune-ți poveștile lor în cuvinte care să-ți amintească tot ce a fost frumos, lasă regretele, durerile, neîmplinirile, fă-ți o altă poveste pe care să poți să o porți mai ușor, poți să iei o foaie de hârtie și să pui pe două coloane tot ce îți amintești ca pozitiv și apoi tot ce îți

aminteşti negativ, citeşte încă o dată ambele coloane şi fă corecturile de rigoare, întreabă-te şi vezi dacă ce a fost negativ nu cumva are în spate şi ceva pozitiv, o lecţie, o descoperire.

2.5.4. Înţelepciunea

Dicţionarul explicativ al limbii române (DEX) defineşte înţelepciunea ca o capacitate superioară de înţelegere şi de judecare a lucrurilor care presupune cumpătare, prudenţă, moderaţie, spirit de prevedere. În popor, se spune că înţelepciunea nu se cumpără şi nu se poate împrumuta. Prin înţelepciune se mai înţelege capacitatea de a înţelege viaţa şi experienţele ei dincolo de evenimente, de a descoperi sensurile ei profunde, ceea ce este altceva decât inteligenţa. A avea experienţă de viaţă nu înseamnă neapărat că ai şi înţelepciune. Înţelepciunea este arta de a te întreba şi capacitatea de a te îndoi. Înţeleptul are o capacitate superioară de a gestiona calităţile cognitive, emoţionale şi comportamentale ale incertitudinii. Un om inteligent va căuta să rezolve ambiguităţile şi incertitudinile, un om înţelept le va tolera şi va trage din ele înţelesuri mai adânci. Un înţelept se simte confortabil cu ambiguităţile! Aceasta se va reflecta asupra relaţiilor intrapersonale şi interpersonale.

Lumea estică a furnizat cea mai veche interpretare a înţelepciunii în cele 108 discursuri ale înţelepţilor din Upanishad, din vechea Indie, scrise între anii 800 şi 500 înainte de Hristos. Upanishad furnizează sfaturi despre felul cum trebuie trăită viaţa şi care este înţelesul ei şi încearcă să explice aspectele neclare, confuze, ale acestei lumi care cere mai mult o înţelegere intuitivă decât una intelectuală. Înţelepciunea este considerată o calitate umană care ar fi disponibilă fiecăruia dacă nu ar fi devenit prea pragmatic şi prea materialist. Pentru Platon (428-348 î.Hr.), înţelepciunea înseamnă înţelegerea lumii fizice şi sociale şi a sensului ultim al vieţii. Înţelepciunea se referă la *sophia*, sau urmărirea adevărurilor universale prin contemplaţie, *phronesis* sau înţelepciunea practică, ce înseamnă acţiune prudentă şi rezistenţă faţă de dorinţe şi

pasiuni, și *episteme*, care înseamnă cunoașterea naturii lucrurilor şi înţelegerea principiilor care guvernează relaţiile. Dezvoltarea înțelepciunii se face prin gândire raţională, susţinută de reflecţia asupra experienţei şi eforturi continue de a depăşi subiectivismul senzorial. Înțelepciunea era văzută ca una dintre virtuţile de bază ale omului. Pentru Aristotel, înţelepciunea cere autocunoaştere şi conduce la *eudaimonia*, condiţie a împlinirii şi a înfloririi personale ce sunt date de bucuria aflării adevărului.

Astăzi, se consideră că înțelepciunea are trei dimensiuni: i) dimensiunea cognitivă, care este caracterizată de o dorinţă puternică de a cunoaște adevărul, o înțelegere adâncă a vieţii şi a semnificaţiilor ei, a evenimentelor şi mai ales a relaţiilor intrapersonale şi interpersonale, acceptarea aspectelor negative, a incertitudinii şi a ambivalenţei, a iluziilor pe care viaţa ţi le lasă; ii) dimensiunea reflexivă, care se referă la abilitatea de a percepe fenomenele din multiple perspective şi angajarea în autoexaminare, autoconştienţă şi autocunoaştere, şi iii) dimensiunea afectivă, care presupune umilinţă, empatie şi compasiune faţă de alţii. Astăzi, s-a conturat şi conceptul de înţelepciune colectivă sau măsura în care înțelepciunea s-a încorporat în fiecare dintre noi; nimeni nu este înțelept pe de-a-ntregul şi doar împreună ajungem la înțelepciunea care ne salvează pe toţi împreună. Acest concept integrativ apare ca parte a viziunii globale a societăţii de astăzi.

Este evident că înţelepciunea are un impact pozitiv asupra bătrâneţii de succes pentru că este o artă a trăirii vieţii, a felului cum trebuie înţeleasă viaţa pentru a fi bună pentru tine, pentru alţii şi pentru societate în general. S-a arătat că înţelepciunea se corelează cu autonomia, capacitatea de gestionare a ambianţei, relaţii pozitive, scop în viaţă, autoacceptare.

Sub lumina înțelepciunii, conceptul de bătrâneţe de succes aduce la suprafaţă mai multe principii de urmat pentru o persoană în vârstă:

– să fii clar asupra realităţilor situaţiei în care eşti;
– să accepţi aceste realităţi şi să le vezi în cea mai bună lumină posibilă;

– să fii capabil să te confrunți efectiv cu aceste realități;
– să fii capabil să compensezi pierderile și deficitele pe care le ai;
– să te angajezi în strădanii care au scop;
– să fii selectiv în acțiunile în care te implici;
– să menții relații strânse cu ceilalți;
– să menții o imagine pozitivă asupra ta în ciuda pierderilor și deficitelor.

2.5.5. Stilul de viață

Stilul de viață reprezintă un model distinctiv și recogniscibil de atribute și comportamente care reflectă valori, atitudini și orientări care împreună creează o anume identitate socială. Stilul de viață nu este numai un repertoriu de comportamente, ci include și atitudini, predispoziţii și alegeri specifice care pot organiza comportamentul individului într-un anumit fel. Pe baza acestuia, un individ își definește identitatea și statutul social și accesează resursele și oportunitățile sociale. El generează o anume adaptare la viață, oferă un sentiment de control, eficiență și identitate. Stilul de viață este important pentru discuția din această carte, pentru că el se repercutează în felul cum un individ îmbătrânește și se prezintă altora cu vârsta sa, el este un model reprezentativ pentru o persoană și creează un cadru în care viața se desfășoară.

Stilul de viață prezintă o stabilitate destul de mare de-a lungul vieţii, dar tinde să se schimbe în a doua parte a vieţii. La bătrânețe, aceste schimbări pot fi voite, legate de alegerile individuale făcute din cauza perceperii de riscuri, temeri sau vulnerabilități. Altele sunt făcute din cauza declinului senzorial, cognitiv și fizic. Astfel, unele stiluri de viață se pot schimba sub influența conștientizării unor practici nesănătoase, precum fumatul, alcoolul, asumarea de riscuri de sănătate.

Astăzi se consideră că jumătate dintre decese sunt cauzate de stiluri de viață nesănătoase ca în cazul acelui stil de viață care presupune o alimentație nesănătoasă, o gestionare defectuoasă a

stresului și a factorilor de risc, a unei dezechilibru între a fi prudent versus riscant, deficiențe în abilitatea de a avea alegeri și așteptări corecte, sau în capacitatea de a integra informații și a le personaliza.

Nivelul educativ și cel economic determină în mare parte ce fel de stil de viață adoptă cineva, dar la acesta mai contribuie relațiile cu egalii, relațiile de prietenie, de companie, de timp liber. Stilul de viață se mai construiește treptat și sub influența incitațiilor sociale, a imitației, a modei sau a factorilor interni precum temperamentul, trăsături precum căutarea noutății sau căutarea riscurilor. În final, stilul de viață strânge într-o cale comună, ca într-o pâlnie, credințele, atitudinile și așteptările unui individ în viața pe care o trăiește.

Alegerile pe care cineva le-a făcut cu privire la stilul de viață se răsfrâng asupra felului cum cineva și cum experimentează bătrânețea. Sunt stiluri de viață care vor să amâne bătrânețea, care vor să o mistifice, să o mascheze, altele sunt convervatoare și vor să evite riscurile și vulnerabilitățile presupuse la bătrânețe. Este vorba de felul cum este privită și percepută bunăstarea și satisfacția cu viața, de modul cum cineva construiește calitatea vieții trăite. Factorii subiectivi sunt uneori mai importanți decât cei obiectivi, fizici, corporali. Se vede aici rolul pe care educația, profesia, statutul social îl pot juca. La fel, aici au un rol și accesul la resurse, venitul, grupul social din care face parte, experiența și condițiile de viață existente. Pe drept cuvânt, se poate spune că stilul de viață se constituie în precursor al deznodământului problemelor de sănătate și al problemelor pe care vârsta înaintată le aduce.

Conceptul de bătrânețe de succes poate fi un cod pentru stilul de viață pe care cineva vrea să-l îmbrățișeze. Bătrânețea de succes este, pe scurt, o bătrânețe adaptativă care caută să optimizeze procesul de bătrânețe pentru a obține maximul de beneficiu pentru individ. Bătrânețea nu este nici predeterminată, nici inflexibilă și individul este capabil să exercite influență prin modificarea preferințelor referitoare la stilul de viață și ambianță. Rowe și Khan, părinții conceptului „bătrânețe de succes“, au identificat stilul de viață și personalitatea ca factori care pot mări șansa unei astfel de

bătrâneți. Se poate spune foarte succint că ei au redus bătrânețea de succes la doar doi factori: cum mănâncă și cum trăiesc oamenii. Astfel, stilul de viață dăunător la bătrânețe este caracterizat printr-o dietă defectuoasă, lipsă de exercițiu fizic, relații interpersonale puține și ineficiente, lipsă de stimulare mintală, lipsa sensului eficacității personale și a unei perspective mintale constructive, respectiv lipsa optimismului. Categoric, bătrânețea de succes este dependentă de alegerile și comportamentul individual și se obține prin opțiune liberă și efort personal.

Anexa 1

CONȚINUTUL NUTRITIV ȘI ENERGETIC AL ALIMENTELOR

Denumirea produsului	Conţinut în principii alimentare			Calorii per 100 gr
	Proteine %	Lipide %	Glucide %	
Lactate				
Lapte de vacă integral	3,5	3,5	4,5	65
Lapte vacă degresat	3,5	1,7	4,9	50
Lapte bătut	3,2	2,9	5,5	63
Iaurt	3,2	2,6	4,0	54
Brânză grasă de vacă	13,0	9,0	4,5	155
Brânză dietetică de vacă	18,0	0	4,0	90
Brânză de burduf	27,4	27,0	40,5	369
Telemea de oaie	18,9	24,0	1,0	305
Caşcaval	25,0	19,0	1,0	283
Brânză topită	7,0	36,0	0,9	366
Carne şi produse din carne				
Carne slabă de vacă	24,4	2,2	0	104
Carne grasă de vacă	12,0	24,5	0	277
Carne de porc slabă	20,4	6,3	0	142
Carne de porc grasă	15,0	30,0	0	340
Carne de miel	18,0	20,0	0	260
Carne de găină	21,0	6,0	0	142
Parizer, crenvurşti	13,0	26,0	0	295
Salam de Sibiu	26,5	43,4	0	512
Salam de vară	20,0	47,0	0	519
Cârnaţi	18,0	26,9	0	324

Denumirea produsului	Conținut în principii alimentare			Calorii per 100 gr
	Proteine %	Lipide %	Glucide %	
Șuncă presată	24,9	20,7	0	294
Mușchi țigănesc	21,6	26,3	0	333
Lebărvurst	16,8	30,1	0	349
Pate de ficat	19,6	19,5	0	261
Pește și conserve de pește				
Crap	18,9	2,8	0	104
Șalău	19,4	0,4	0	83
Știucă	19,1	0,4	0	82
Somn	16,8	18,8	0	224
Scrumbie	14,2	25,9	0	299
Stavrid	16,5	5,1	0	115
Cod	19,0	1,0	0	87
Hering	18,0	10,0	0	167
Macrou	22,0	10,0	0	183
Crap în sos tomat	10,6	6,9	4,3	125
Heringi în sos tomat	16,2	10,4	1,8	170
Macrou în sos tomat	14,5	10,6	1,6	164
Stavrizi în sos tomat	15,5	6,6	0	125
Macrou în ulei	15,5	20,7	0	259
Heringi în ulei	13,7	28,9	0	325
Sardine în ulei	19,3	21,6	0	280
Icre de crap	25,0	3,0	0	130
Icre de știucă	27,0	1,5	0	130
Ouă/bucată				
Ouă de găină	7,0	6,0	0,6	171
Gălbenuș	16,0	32,9	0,3	364
Albuș	13,0	0,2	0,5	57
Legume proaspete/100 g				
Ardei gras verde	1,1	0,2	2,5	17
Ardei gras roșu	1,3	0,4	7,3	39
Cartofi	2.0	0,5	19,0	88
Castraveți	1,3	0,2	2,9	19
Ceapă verde	1,0	0,2	3,5	20
Ceapă uscată	1,5	0,2	8,0	40
Ciuperci	5,0	0,5	2,3	35
Conopidă	2,8	0,3	3,9	30

Denumirea produsului	Conţinut în principii alimentare			Calorii per 100 gr
	Proteine %	Lipide %	Glucide %	
Dovlecei	0,9	0,1	3,2	18
Fasole verde	2,0	0,2	5,7	33
Mazăre verde	8,4	0,5	14,0	96
Morcovi	1,5	0,3	8,8	45
Pătrunjel rădăcină	1,1	0,8	10,0	53
Roşii	1,3	0,2	4,8	27
Ridichi	0,6	0,1	4,9	19
Salată verde	1,9	0,3	2,9	22
Sfeclă roşie	1,3	0,1	9,0	43
Spanac	3,5	0,3	2,0	25
Ţelină	1,4	0,3	5,9	33
Varză albă	1,8	0,2	5,8	33
Varză roşie	1,9	0,2	5,6	33
Conserve de legume				
Fasole verde	1,1	0,4	2,5	18
Mazăre verde	6,5	0,5	10,0	72
Ghiveci	1,4	0,5	3,7	26
Roşii în bulion	1,7	0,4	3,1	23
Tocană de legume	1,0	6,0	3,1	73
Bulion	3,6	0	11,6	62
Salată de varză roşie	1,0	0	3,0	16
Salată de sfeclă roşie	1,0	1,0	8,2	38
Varză acră/murată	1,2	0	3,3	18
Fasole uscată	23,0	1,7	47,7	303
Mazăre uscată	21,5	1,9	53,0	323
Fructe				
Banane	1,3	0,6	13,4	66
Caise	0,1	0	13,0	57
Căpşune	0,1	1,0	9,0	50
Cireşe	1,0	0,3	18,0	81
Grepfrut	0,4	0,2	6,5	30
Mandarine	0,8	0,1	8,7	40
Mere	0,3	0,5	15,0	67
Pepene galben	0,5	0,1	5,0	23
Pepene verde	0,5	0,1	5,4	25
Pere	1,0	1,0	16,0	79

Denumirea produsului	Conţinut în principii alimentare			Calorii per 100 gr
	Proteine %	Lipide %	Glucide %	
Piersici	1.0	0	10,0	45
Portocale	0,8	0,2	10,1	47
Prune	0,6	1,0	21,0	89
Zmeură	1,0	1,0	14,0	71
Struguri	2,1	1,7	18,0	98
Vişine	1,0	0,5	14,0	66
Curmale uscate	1,9	0,6	74,0	316
Smochine uscate	4,3	1,3	58,0	267
Stafide	2,5	0,5	71,0	306
Arahide	25,8	44,5	15,7	584
Nuci	21,0	59,0	3,7	650
Măsline negre	20,0	35,0	7,2	437
Pâine şi derivate de cereale				
Pâine albă	7,5	0,4	52,0	247
Pâine intermediară	7,5	0,7	48,0	234
Pâine neagră	8,4	1,2	48,0	242
Pâine de secară	12,4	1,7	67,7	344
Pâine graham	9,1	1,0	51,0	256
Făina de porumb/mălai	9,6	1,7	72,1	351
Orez	8,1	1,2	75,5	354
Griş	9,4	0,9	75,9	358
Fulgi de ovăz	13,6	6,3	63,3	374
Paste făinoase obişnuite	10,9	0,6	75,6	360
Paste făinoase cu ou	10,2	2,2	79,1	386
Biscuiţi	8,2	9,5	74,0	425
Grăsimi				
Smântână	2,5	30,0	3,1	302
Unt	6,0	74,0	2,0	721
Untură de porc	0,2	99,6	0	927
Ulei de floarea-soarelui	0	100	0	930
Ulei de soia	0	100	0	930
Margarină	0	82,5	0	767

Bibliografie selectivă

1. Abrams D., Eller A., Bryant J. (2006): An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias, *Psychology and Aging*, 21: 691–702.
2. Achenbaum A.W. (2001): The flow of spiritual time amid the tides of life, în McFadden S.H., Atchley R.C. (Eds.): *Aging and the Meaning of Time: A Multidisciplinary Exploration*, Springer.
3. Albert S.M., Freedman V.A. (2010): *Public Health and Aging: Maximizing Function and Well-Being,* New York: Springer.
4. Aldwin C.M., Park C.L., Spiro A. (2007): *Handbook of Health Psychology and Aging,* New York: Guilford Press.
5. American Psychological Association Working Group on the Older Adult Washington (1998): What practitioners should know about working with older adults, *Professional Psychology: Research and Practice,* 29(5): 413-427.
6. Andersen-Ranberg K., Jeune B. (2006): The Danish longitudinal centenarian study, în Zeng Yi et al. (Eds.): *Longer Life and Health Aging,* Dordrecht: Springer.
7. Arkin R. (2006): *The Biology of Aging: Observations and Principles,* 3rd Ed., London: Oxford University Press.
8. Bach-Faig A., Berry E.M., Lairon D., et al (2011): Mediterranean Diet Foundation Expert Group Mediterranean diet pyramid today, Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14(12A): 2274–2284.
9. Baltes P.B., Baltes M.M. (1993): *Succesful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, London: Cambridge University Press.

10. Barak B., Stern B. (1986): Subjective age correlates: A research note, *Gerontologist*, 26(5): 571–578.
11. Barker M., O'Hanlon A., McGee H.M., Hickey A., Conroy R.M. (2007): Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging, *BMC Geriatrics*, doi:10.1186/1471-2318-7-9.
12. Beck-Gernsheim E. (2002): Reinventing the Family: în *Search of New Lifestyles*, Cambridge: Polity Press.
13. Bengtsen V., Silverstain M., Putney N.M., Gans G. (2009): *Handbook of Theories in Gerontology*, New York: Springer.
14. Bengtson V.L., Lowenstein A. (2004): *Global Ageing and Challenges to Families,* New York: De Gruyter.
15. Biggs S., Powell J. (2000): Surveillance and elder abuse: The rationalities and technologies of community care, *Journal of Contemporary Health*: 4 (1): 43-49.
16. Biggs S., Powell J. (2001): A Foucauldian analysis of old age and the power of social welfare, *Journal of Aging and Social Policy*, 12(2): 93-112.
17. Binstock R.H., George L.K. (2011): *Handbook of Aging and the Social Science,* 7th Ed. Boston: Elsevier.
18. Blaikie A. (1999): *Ageing and Popular Culture,* Cambridge: OUP.
19. Block R.A., Zakay D. (1997): Prospectiv and retrospective duration judgements: A meta-analytic review, *Psychonomic Bulletin & Review,* 4:184-197.
20. Bowling Ann (2005): *Ageing Well: Quality Life in Old Age,* New York:Open Univerity Press.
21. Bowling A. (2006): Lay perceptions of succesful ageing, *European Journal of Aging,* 3:123-136.
22. Breytspraak L., Badura L. (2015): *Facts on Aging Quiz* (revised based on Palmore, 1977 și 1981), http://info.umkc.edu/aging/quiz/.
23. Buckland G., Agudo A.: (2015): The Mediterranean diet and mortality, în Preedy V.R., Watson R.R. (Eds.): *The Mediterranean Diet: An Evidence-Based Approach,* London: Elsevier.
24. Chappell N., Funk L. (2012); Filial responsibility: does it matter for care-giving behaviours?, *Ageing & Society,* 32:1128-1146.

25. Chopra D., Simon D. (2001*): Greow Younger, Live Longer: Ten Steps to Reverse Ageing*, London: Randon House.
26. Colman R., Anderson R.M., Johnson S.C. et al. (2009): Caloric restriction delays disease onset and mortality in rhesus monkeys, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19590001 *Science*, 10, 325(5937): 201-204. doi: 10.1126/science.1173635.
27. Damasio A. (1999): *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness,* New York: Harcourt.
28. Damasio A. (2010): *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain,* New York: Pantheon.
29. DeBruyne L.K., Pinna K., Whitney E. (2016): *Nutrition and Diet Therapy,* Boston MA: Cengage Learning.
30. Deleuze G., Guattari F. (1983): Anti-*Oedipus: Schizophrenia and Capitalism,* Minneapolis: University of Minnesota Press.
31. Depp C.A., Jeste D.V. (2010): *Succesful Cognitiv and Emotional Aging,* Washington DC: American psychiatric Publishing, Inc.
32. Devore E.E., Kang J.H., Breteler M.M., Grodstein F. (2012): Dietary intakes of berries and flavonoids in relation to cognitive decline, *Annals of Neurology,* 72(1): 135-143.
33. Dillaway H.E., Byrnes (2009): Reconsidering succesful ageing, *Journal of Applied Gerontology,* 28 (6): 702-722.
34. Dionigi R.A. (2015): Stereotypes of aging: their effects on the health of older adults, *Journal of Geriatrics,* http://dx.doi.org/10.1155/2015/954027.
35. Dohman J. (2013): My own life: ethics, ageing and lifestyle, în Jan Baars et al (Eds.): *Ageing, Meaning and Social Structure,* Bristol: Policy Press.
36. Einstein G.O., McDaniel M.A. (2004): *Memory Fitness: A Guide for Succesful Aging,* New Haven: Yale University Press.
37. Erikson E.H. (1997): *The Life Cycle Completed*. Extended version with New Chapters on the Ninth Stage of Development by Joan H. Erikson, New York: W. W. Norton.
38. Everitt A.V., Rattan S.I.S., Le Couteur D.G., De Cabo R. (2010): *Calorie Restriction, Aging and Longevity,* New York: Springer.
39. Featherstone M. (1991): *The Body: Social Process and Cultural Theory,* London: Sage Publications.

40. Featherstone M., Wernick A. (2005): *Images of Aging: Cultural Representations of Later Life,* New York: Routledge.
41. Foucault M. (1984): The Ethic of Care for the Self as a Practice of Freedom: An Interview with Michel Foucault on January 20, 1984, în *The Final Foucault: Studies on Michel Foucault's Last Works,* Thousand Oaks: Sage Publication.
42. Foxcroft L. (2011): *Calories & Corsets: A History of Dieting over 2,000 Years,* London: Profile Books Ltd.
43. Franceschi C., Campisi J. (2014): Chronic inflammation (inflammaging) and its potential contribution to age-associated diseases, *Journal of Gerontology, Biological Science,* 69(S1): 4-9.
44. Frankl V.E. (2006): *Man's Seach for Meaning,* Boston, MA: Beacon Press.
45. Friedman R.A. (2013): Fast time and the aging mind, *The New York Times,* July 20, http://nyti.ms/13UmKa2
46. Friedman W.J., Janssen S.M.J. (2010): Aging and the speed of time, *Acta Psychologica,* 134: 130-141.
47. Gambert S.R. (2010): Be Fit for Life: A Guide to Succesful Aging, Hackensack, *NJ: World Scientific Publ.*
48. Giampapa V., Pero R., Zimmerman M. (2004): *The Anti-Aging Solution; 5 Simple Steps to Looking and Feeling Young*, Hoboken, NJ: Wiley.
49. Giddens A. (1991): *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age,* Cambridge: Polity.
50. Gilleard C. (2002): Aging and old age in medieval society and the transition of modernity, *Journal of Aging and Identity,* 7(1): 25-41.
51. Gilleard C. (2007): Old Age in Ancient Greece: Narratives of desire, narratives of disgust, *Journal of Aging Studies,* 21: 81–92.
52. Glicken N.D. (2010): *Mature Friendships, Love and Romance, A Practical Guide to Intimacy for Older Adults,* Santa Barbara CA: Praeger Books.
53. Goffman E. (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity,* New York: Simon & Schuster.
54. Goffman E. (1955): On Face-work: An Analysis of Ritual Elements of Social Interaction, Psychiatry; *Journal for the Study of Interpersonal Processes,* 18(3): 213–231.

55. Goffman E. (1963): *Behavior in Public Places,* New York: Simon & Schuster Inc.
56. Gross J.J. (2007): *Handbook of Emotional Regulation,* New York: The Guilford Press.
57. Gruman G.J. (2003): *A history of ideas about the prolongation of life: Classics in longevity and aging,* New York: Springer.
58. Hammond C. (2012): *Time Warped, Unlocking the Mysteries of Time Perception,* Canongate Books Ltd.
59. Harwood J. (1999): Age identity and television viewing preferences, *Communication Reports,* 12 (2): 85-90.
60. Hawking S. (1988): *A Brief History of Time,* London: Routledge.
61. Heidegger M. (2012): *Fiinţă şi timp,* București, ed. Humanitas.
62. Heikkinen W., Kuusinen J., Ruoppila I. (1995): *Preparation for Aging,* New York: Springer.
63. Heinemann L.A.J., Zimmermann T., Vermeulen A., Thiel C. (1999): A New ‚Aging Male's Symptoms' (AMS) Rating Scale. *The Aging Male,* 2: 105-114.
64. Hendrie H., Albert M.S., Butters M.A., et al.: For the Critical Evaluation Study Committee of the Cognitive and Emotional Health Project (2005): *The NIH Cognitive and Emotional Health Project Report of the Critical Evaluation Study Committee.* http://trans.nih.gov/cehp/CriticalEvaluationStudyReport.pdf.
65. Hendricks J. (2005): It's about time, în McFadden S.H., Atchley R.C. (Eds.): *Aging and the Meaning of Time: A Multidisciplinary Exploration*, Springer.
66. Higo M., Khan H.T.A. (2014): *Global Population Aging: Unequal Distribution of Risks in Later Life between Developed and Developing Countries, Global Social Policy,* doi: 10.1177/1468018114543157.
67. Howcroft T.K., Campisi J., Louis G.B. et al. (2013): The role of inflammation in age-related disease, *Aging*, 5(1): 84-93.
68. Institute of Medicine (2002): *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids.* Washington (DC): The National Academies Press.

69. Iecovich E., Jacob J.M., Stessman J. (2011): Loneliness, social network and mortality: 18 years of follow-up, *InterNational Journal of Ageing and Human Development*, 72(3):243-263.
70. James W.: (1950): *The principles of psychology*, New York: Dover. *(Original work published 1890).*
71. Jobe J.B., Smith DM, Ball K, et al (2001): ACTIVE: a cognitive intervention trial to promote independence in older adults. *Control of Clinica Trials*, 22:453–479.
72. Johnson M.K., Berg J.A., Sirotzki T. (2007): Differentiation in self-perceived adulthood: Extending the confluence model of subjective age identity, Social Psychology Quarterly, 70: 243-261.
73. Johnson P., Thane P. (2003): *Old Age from Antiquity to Post-Modernity*, London: Routledge.
74. Jones I.R., Higgs P.F. (2010): The natural, the normal and the normative: Contested terrains in ageing and old age, *Social Science & Medicine*, 71: 1513-1519.
75. Kabat-Zinn J. (1994): *Mindfulness Meditation for Everyday Life*. London: Piatkus Books.
76. Kabat-Kinn J. (2005): *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, 15th Anniversary Edition, Delta Trade Paperback.
77. Keys A., Menotti A., Karvonen M.J. et al. (1986): The diet and 15-year death rate in the seven countries study, *American Journal of Epidemiology*, 124(6): 903–915.
78. Klein W.C., Bloom M. (1997): *Succesful Aging: Strategies for Healthy Living*, New York: Plenum Press.
79. Knoops K.T., de Groot L.C, Kromhout D. et al. (2004): Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, 292(12): 1433-1439.
80. Laidlaw K., Power M.J., Schmidt S., WHOQOL-OLD Group (2007): The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): development and psychometric properties, *InterNational Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4): 367-379.
81. Landry R. (2014): *Live Long, Die Short: A Guide of Authentic Health and Succesful Aging*, Austin, TX: Greenleaf Book.

82. Levy B., Langer E. (1994): Aging free from negative stereotypes: succesful memoty in China and among the American deaf, *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6): 989-997
83. Levy B.R., Slade M.D., Kunkel S.R., Kasl S.V. (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 83(2): 261-270.
84. Lemlich R. (1975): *Subjective acceleration of time with aging, Perceptual and Motor Skills,* 41:235-238.
85. Lemon J.A., Aksenov V., Samigullina R. et al. (2016): *A multi-ingredient dietary supplement abolishes large-scale brain cell loss, improves sensory function, and prevents neuronal atrophy in aging mice, Environmintal and Molecular Mutagenesis*, 57(5):382-404.
86. Linehan M. (1993): *Skills-Training Manual for Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford.
87. Little A.C., Jones B.C., DeBruine L.M. (2011): *Facial attractiveness: evolutionary based research,* Philosophical Transaction of the Royal Society Biological Science, 366: 1638-1659.
88. Logan J.R., Ward R., Spitze G. (1992): As old as you feel: Age identity in middle and later life, *Social Forces*, 71 (2): 451-467.
89. Luepker R.V. (2006): Increasing longevity: Causes, consequences, and prospects, în Zeng Yi et al (Eds.): *Longer Life and Healthy Aging*, New York: Springer.
90. Martin Wyllie (2005): Lived time and psychopathology, *PPP*, 12 (3): 173-185.
91. Miffin M.D., St. Jeor S.T., Scott B.J. et al. (1990): A new predictive equation for resting energy expenditure in health individuals, *American Journal of Clinical Nutrition*, 51(2):241-247.
92. Minot C.S. (1908): *The Problem of Age, Growth, and Death*, Putman.
93. Mobbs C.V., Yen K., Hof P.R. (2007): *Mechanisms of Dietary Restriction in Aging and Disease*, Basel: Krager.
94. Morris M.C., Tangney C.C., Wang Y. et a.l (2015): MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease, *Alzheimer's & Dementiia* – (2015), 11(9): 1007-1014.

95. Munnichs J.M.A., van den Heuvel W.J.A. (1976): *Dependency or Interdependency in Old Age,* Hague: Martinus Nijhoff.
96. Olshansky S.J. (2011): Trends in longevity and prospects for the future, în Binstock R.H., George L.K. (Eds.): *Handbook of Aging and the Social Sciences,* 7th Ed., London: Elsevier.
97. Olshansky S.J., Carnes B. (2001): *The Quest for Immortality at the Frontiers od Aging,* New York: W. W. Norton.
98. Olshansky S.J., Hayflick L., Carnes B.A. (2002): *No Truth to the Fountain of Youth*, http://www.scientificamerican.com/article/no-truth-to-the-fountain-of-youth/.
99. Palmore E. (1977): Facts on Aging: A Short Quiz, *The Gerontologist*, 17: 315-320.
100. Palmore E. (1981): The Facts on Aging Quiz: Part Two, *The Gerontologist*, 21: 431-437.
101. Pappas A. (2011): *Nutrtion and Skin: Lessons for Anti-Aging, Beauty and Healthy Skin,* New York: Springer.
102. Pederson L. (2012) : *The Expanded Dialectical Behavior Therapy : Skills Training Manual*, Premier Publishing and Media CMI Education Institute, Inc. WI : Eau Clair.
103. Phillipson C. (1998): *Reconstructing Old Age,* London: Sage.
104. Polivka L. (2000); Postmodern aging and the loss of meaning, *Journal of Aging and Identity,* 5(4): 225-235.
105. Powell J.L., Longino C.F. (2002): Postmodernism Versus Modernism: Rethinking Theoretical Tensions in Social Gerontology, *Journal of Aging and Identity,* 7(4): 219-226.
106. Powell J.L., Kan H.T.A. (2014): Ageing in post-industrial society: Trends and trajectories, *Journal of Globalization Studies*, 5 (2): 143-151.
107. Redman L.M., Ravussin E. (2011): *Caloric restriction in human: Impact on physiological, psychological, and behavioral outcomes, Antioxidants and Reeoc Signaling,* 14(2): 275-287.
108. Rowe J.W., Khan R.L. (1998): *Succesful Aging,* New York: Pantheon.
109. Sarris J., Logan A., Akbaraly T.N. et al. (2015) Nutritional medicine as mainstream in psychiatry, *Lancet Psychiatry,* 2: 271-274.

110. Saxon S.V., Etten M.J., Perkins E.A. (2014): *Physical Change and Aging: A Guide for the Helping Professions,* 6th ed. New York: Springer.
111. Schoenborn C.A., Heyman K.M. (2009): *Health characteristics of adults aged 55 years and over: United State, 2004-2007,* US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Health Statistic Reports Nr. 16, July 8, 2009.
112. Sherman S.R. (1994): Changes in age identity: Self-perception in middle and late life, *Journal of Aging Studies,* 8 (4): 397-412.
113. Sokolowsky J. (2009): *The Cultural Context of Ageing: Worldwide Perspectives,* 3rd Ed., Westport CT: Praeger Publ.
114. Sofi F., Abbate R., Gensini G.F., Casini A. (2010): Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition,* 92(5):1189-1196.
115. Stambler I.: *Longevity in the ancient Middle Est and the Islamic tradition,* http://www.longevityhistory.com/articles/middleest.php.
116. Stambler I. (2014): *A history of life-extensionism in the twentieth century,* http://www.longevityhistory.com/book/Ilia%20Stambler%20-%20A%20History%20of%20Life-Extensionism%20in%20the%20Twentieth%20Century.pdf.
117. Stehpens C., Alpass F., Towers A., Stevenson B. (2011): The effects of type of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people, *Journal of Ageing and Health,* 23(6):887-911.
118. Steverink N., Westerhof G.J., Bode C., Dittmann-Kohli F. (2001): The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being, *Journal of Gerontology,* Serie B, 56(6):364-373, doi: 10.1093/geronb /56.6.P364.
119. Stuart-Hamilton I. (2006): *The Psychology of Ageing: An Introduction,* 4th Ed., London: Jessica Kingsley Publ.
120. Tannis A. (2009): *Feed your Skin, Starve your Wrinkles,* Beverly, MA; Fair Winds Press.

121. Thorpe A.M. (2014*): Attitudes to ageing: Relaționships with health and health behaviours at midlife;* A thesis submitted for the degree of PhD, University of Otago, Christchurch.
122. Tornstam L. (1989): Gero-transcendence; a reformulation of the disengagement theory, *Aging: Clinical and Experimintal Research,* 1(1): 55-63.
123. Tornstam L. (1992): The quo vadis of gerontology; on the gerontological research paradigm, *The Gerontologist,* 32(3): 318-326.
124. Tornstam L. (1996): Gerotranscendence – a theory about maturing in old age, *Journal of Aging and Identity,* 1: 37-50.
125. Tornstam L. (2005): *Gerotranscendence: a developmintal theory of positive aging,* New York: Springer Publishing Company, Inc.
126. Toussaint-Samat M. (2009): *A History of Food,* 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
127. Uribarri J., Woodruff S., Goodman S. et al. (2010): Advances glycation and product in foods and a practical guide to their reduction in the diet, *Journal of American Dietetics Association,* 110(6):911-916.
128. U.S. Departments of Agriculture and Health and Human Services (2010): *The 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans*, 8th Edition, Washington, DC.
129. Vaillant G. (2002): *Aging Well,* Boston: Little, Brown and Comp.
130. Victor C.R. (2005): *The Social Context of Ageing,* London and New York: Routledge.
131. Victor C.R., Scambler S., Bond J. (2009): *The Social World of Older People, Understanding Loneliness and Social Isolatin in Later Life,* London: Open University Press.
132. Vincent John A. (2003): *Old age,* London: Routledge.
133. Vrasti R. (2015): *Reglarea emoțională și importanța ei clinică,* București: Editura ALL.
134. Weil A. (2005): *Healthy Aging: A Lifelong Guide to Your Well-Being,* New York: Anchor Books.
135. Walford R.L., Walford L. (1995): *The Anti-Aging Plan: Strategies and Recipes for Extending Your Healthy Years,* New York: Four Walls Eight Windows.

136. Wallach M.A., Green L.R. (1960): *On age and the subjective speed of time,* Cornell University Library, http://geronj.oxfordjournals.org/
137. Ward R.A. (2010): How Old am I? Perceived age in middle and later life. *InterNational Journal of Aging & Human Development,* 71(3): 167-184.
138. Watson R.R. (2015): *Food and Dietary Supplements in the Prevention and Treatment of Disease in Older Adults,* New York: Elsevier.
139. Weil A. (2005*): Health Aging: A lifelong guide to your well-being,* New York: Anchor Books.
140. Westerhof G.J. (2008): *Age identity, in Deborah S Carr (Ed.): Enciclopedia of the Life Course and Human Development,* Macmillan Reference Library.
141. Wittmann M., Lehnhoff S. (2005): Age effects in perception of time, *Psychological Reports,* 97: 921-935.
142. World Health Organization (2015): *Definition of an older or elderly person,* www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/
143. World Health Organization (2002): *What is „active aging“.* http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/
144. Yaffe K., Fiocco A.J., Lindquist K. et al. (2009): Predictors of maintaining cognitive function in older adults: the Health ABC Study, *Neurology*, 72: 2029-2035.